

Perforations gastro-duodénales EN PÉRITOINE LIBRE

Etude statistique (d'après 120 observations)

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 30 Janvier 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROTHAN (Frédéric)

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté

né le 13 juillet 1905, à Gand (Belgique)

Examineurs de la Thèse : { MM. HAMANT, Professeur Président.
ANDRÉ, Professeur }
BODART, Agrégé } Juges.
CHALNOT, Agrégé }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1937

PERFORATIONS
GASTRO-DUODÉNALES
EN PÉRITOINE LIBRE

Perforations gastro-duodénales EN PÉRITOINE LIBRE

Etude statistique (d'après 120 observations)

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 30 Janvier 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROTHAN (Frédéric)

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté

né le 13 juillet 1905, à Gand (Belgique)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HAMANT, Professeur	Président.
		ANDRÉ, Professeur	Juges.
		BODART, Agrégé	
		CHALNOT, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1937

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. L. SPILLMANN, O *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *; WEISS, O *, I *;
BOUIN, O *, I *; ANCEL, *, I *; GARNIER, *, I *; MACÉ, *, I *;
P. PARISOT, O *, I *; DUFOUR, *, I *.

PROFESSEURS :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I *
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I *
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRELICH, *, I *
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHNHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I *
Histologie	M. R. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I *
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I *
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I *
Clinique médicale	M. M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, I *, A *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSE, *, I *
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE, *, I *
Thérapeutique	M. P. SIMONIN, I *
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I *
	M. WATRIN, *, I *
	M. BINET, *, I *

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I *, professeur.
Clinique gynécologique	M. DROUET, I *, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I *, profes. s. ch.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, *, I *, profess.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I *, agrégé.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I *, pr. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I *, ag. I.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I *, ch. du c., ag. I.
Obstétrique	M. JOB, *, I *, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, I *, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. KISSEL, I *, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Education physique (I)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. MERKLEN, A *	MM. POURSIDES, détaché.	MM. GUILLEMIN, A *
FLORENTIN, A *	MELNOTTE, O *	ABEL, *, A *
BODART.	MUTEL, *, I *	DROUET, A *
CHALNOT.	VERMELIN, *, A *	KISSEL.
WOLFF, A *		

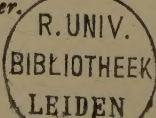
AGRÉGÉS LIBRES :

MM. G. GROSS, *, I *; S. RÉMY, I *; BUSQUET, I *;
BARTHÉLEMY, *, I *; LAMY, *, I *.

M. E. TRIBOLET, I *, Secrétaire.

(I) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MES PARENTS

*A qui je dois tout; je dédie ce modeste
travail en faible témoignage de gratitude
et comme humble gage de mes senti-
ments les plus affectueux.*

A notre Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR HAMANT

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueux attachement et de notre vive admiration.

Nous lui devons une grande part de notre instruction professionnelle, un appui précieux dans nos études.

De tout cœur, nous l'en remercions, en l'assurant de notre entier dévouement.

A nos Juges:

M. LE PROFESSEUR ANDRÉ

Professeur de Clinique urologique
Officier de la Légion d'honneur

Notre premier Maître, après le Concours de l'Internat; nous lui resterons l'élève reconnaissant et fidèle.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

En le remerciant vivement de bien vouloir être notre juge, et des marques de sympathie qu'il nous a toujours témoignées.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Nous ne saurions trouver de mots trop chaleureux pour exprimer nos sentiments à celui qui est pour nous un Maître et un Ami; il nous a initié à la Pathologie chirurgicale, et appris à aimer notre profession.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Nancy:

Externat

M. LE PROFESSEUR VAUTRIN
(*In Memoriam*), 1927

M. LE PROFESSEUR CAUSSADE, 1928

M. LE PROFESSEUR FRUHINZHOLZ, 1928

M. LE PROFESSEUR RICHON, 1929

M. LE PROFESSEUR LAMY, 1929

INTERNAT

M. LE PROFESSEUR ANDRÉ, 1930

M. LE PROFESSEUR JACQUES, 1932

M. LE PROFESSEUR HAMANT, 1933

CLINICAT

M. LE PROFESSEUR HAMANT, 1934-1937

PRÉAMBULE

En matière de chirurgie d'urgence, le traitement des perforations gastro-duodénales en péritoine libre est l'un des plus passionnants chapitres; il est également celui qui a soulevé, et soulève encore, les polémiques des plus controversées; de nos jours, la question de la résection d'emblée est venue lui donner un regain d'actualité.

En fait, les nombreuses discussions, passées et en cours, n'ont pas abouti à des conclusions fermes et univoques, et nombreuses subsistent les différences de vue entre chirurgiens. Il manque souvent, de plus, les bases d'une appréciation exacte des résultats éloignés.

Notre but n'est pas de clore une discussion difficile; il n'est que d'apporter une modeste contribution sous forme de faits cliniques objectifs, fournis par une statistique de 120 cas de perforation, recueillie à la clinique de M. le Professeur HAMANT; statistique homogène, en ce sens qu'elle réunit des cas opérés tous par les mêmes chirurgiens, 36 par nous-mêmes; de plus, 44 malades ont pu être suivis, revus, étudiés au point de vue clinique et radiologique. Certes nos observations sont d'inégal intérêt: certaines, en minorité heureusement, sont incomplètes et n'ont

pu être utilisées qu'au seul point de vue de la mortalité opératoire; d'autres sont intéressantes, pour les problèmes étiologiques, pathogéniques, diagnostiques, thérapeutiques, qu'elles soulèvent. Les plus complètes, enfin, fournissent d'utiles enseignements tirés de l'étude des résultats lointains.

Considérant des statistiques réunissant 25, 40 ou 45 cas, quand ce n'est pas le faisceau de trois ou quatre observations seulement, certains auteurs se croient autorisés à généraliser un peu hâtivement leurs déductions. Selon nous, il est utile au contraire de grouper un nombre aussi élevé que possible de cas, et un minimum de cent observations nous paraît indispensable pour tenter de formuler des règles.

Il nous est donc possible d'envisager, à la lumière des documents rassemblés, la clinique, la thérapeutique, le pronostic opératoire, et les résultats éloignés des perforations gastro-duodénales en péritoine libre.

PREMIÈRE PARTIE

Clinique et Statistique

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

FRÉQUENCE

Du 1^{er} janvier 1928 au 1^{er} juillet 1936, nous avons observé 120 perforations gastro-duodénales en péritoine libre, soit 120 cas en 102 mois. Dans 114 cas il s'agissait d'ulcères perforés; dans 3 cas, de cancer; dans 2 cas, de plaies pénétrantes.

Le mouvement général du Service comporte une moyenne de 2.400 malades hospitalisés par an. Sur 20.400 malades, nous avons par conséquent recueilli 120 cas de perforation, c'est-à-dire 1 cas sur 170 malades, environ. Les perforations gastro-duodénales en péritoine libre viennent en second rang parmi les affections aiguës de la clinique d'urgence, aussitôt après l'appendicite.

Elles se répartissent de la façon suivante :

7 Cas en 1928; 11 cas en 1929; 11 cas en 1930; 11 cas en 1931; 18 cas en 1932; 13 cas en 1933; 19 cas en 1934; 22 cas en 1935; et 8 cas pendant les six premiers mois de 1936.

Le nombre varie au cours des années, sans qu'un facteur déterminé puisse intervenir d'une façon cons-

tante. De même que dans la statistique importante de DELREZ et BOTTIN, nous notons que les années 32, 34 et 35 ont vu la proportion s'élever notablement.

Beaucoup d'auteurs ont fait la remarque, dans tous les pays, que la fréquence de ces accidents a tendance à s'accroître chaque année. Relativement rares avant la guerre, ils sont devenus d'une fréquence extrême. Les statistiques de GIBSON et HINTON en font foi. SCOLLO et BARBARO GIOVANI réunissent les différents cas opérés depuis 15 ans à l'Hôpital Umberto I^{er} de Rome et notent : 16 cas de 1915 à 1919 ; 27 cas de 1920 à 1924 ; 57 cas de 1925 à 1929. JUDINE fait les mêmes constatations avec des chiffres encore plus impressionnants. En France, les derniers travaux parus notent une progression semblable ; WILMOTH dans le service LENORMANT trouve 18 perforations de 1920 à 1928 ; 11 perforations en 1929 ; 5 perforations pendant les six premiers mois de 1930.

CHABRUT dans le service LEJARS, GUILLEMINET et LATREILLE font des constatations semblables.

GANDY recueille dans sa thèse de 1934 la statistique de l'Hôpital Vaugirard : 19 cas de 1921 à 1925 ; 25 cas de 1926 à 1930 ; 22 cas de 1931 à 1933 inclus.

Il est difficile d'expliquer cette progression. Peut-être le diagnostic est-il plus souvent porté par le médecin mieux prévenu, et les malades sont-ils dirigés plus volontiers dans les centres chirurgicaux. STEICKELE invoque l'abus du tabac, en se basant sur la fréquence parallèle des affections gastriques depuis la guerre, surtout chez l'homme. Il est certain que toutes les causes (tabac, alcool, fautes de diététique...), capables

de modifier la sécrétion gastrique, en particulier d'augmenter son acidité, ne doivent pas être étrangères à cette augmentation de fréquence.

Par ailleurs, les perforations se répartissent *suivant l'époque de l'année*, dans notre statistique, d'une façon sensiblement uniforme :

6 Cas en janvier, 11 cas en février, 10 cas en mars, 10 cas en avril, 16 cas en mai, 12 cas en juin, 8 cas en juillet, 9 cas en août, 13 cas en septembre, 12 cas en octobre, 2 cas en novembre, 9 cas en décembre.

Une légère augmentation de fréquence peut être notée au printemps et en automne, mai-juin et septembre-octobre.

Certains auteurs ont fait la même remarque pour mars-avril et octobre-novembre.

Il serait intéressant de connaître la fréquence de la perforation, *par rapport à celle de l'ulcère gastrique, et duodénal*. Nous avons renoncé à établir une statistique personnelle, devant les difficultés d'un tel pourcentage. Nous ne voyons pas les ulcères traités médicalement, le diagnostic n'en est pas toujours aisé, et certes, un certain nombre de malades meurent encore actuellement de péritonite, sans que le diagnostic de perforation ait été établi, ou l'autopsie pratiquée.

Cependant, les statistiques ne manquent pas, et, nous rapportant à MONDOR et LAURET, nous trouvons les chiffres obtenus par quelques auteurs :

ERNSTMANN, d'après une statistique récente des frères MAYO, sur un nombre global d'opérations pour ulcères, donne :

778 ulcères du duodénum avec 216 perforations, soit 28 pour 100;

324 ulcères gastriques, avec 71 perforations, soit 22 pour 100.

Sur 500 cas d'autopsies faites à l'infirmerie de Leads, HURST et STEWART, en 1929, ont noté: sur 96 cas de mort par ulcère gastrique, 62 morts, soit 64,5 pour 100 des cas, sont survenus après perforation aiguë, 6 après perforation subaiguë; sur 200 cas de mort par ulcère duodénal, 170 morts, soit 85 pour 100 des cas, sont survenues après perforations aiguës, et 5, soit 2,5 pour 100 à la suite de perforation subaiguë.

ZITRONBLATT, parmi 5.320 autopsies échelonnées sur dix années dans un hôpital de Berlin, a compté 376 décès par péritonite, parmi lesquels 50 décès dus à un ulcère perforé, soit une perforation pour 1.600 décès. Sur 50 perforations, 22 avaient été découvertes à l'autopsie; 18 étaient diagnostiquées, parmi lesquelles 10 opérées. D'après cet auteur, les ulcères perforés non opérés ne représenteraient pas moins de 44 pour 100 du total des perforations.

OLIVIEZ, dans sa thèse (Lille, 1935) cite, pour les ulcères traités médicalement, un pourcentage de perforation de 13 pour cent.

SEXE

Parmi nos 114 ulcères perforés, nous ne comptons qu'une femme, ce qui ne vient que confirmer la notion acquise de la prédominance remarquable de cet acci-

dent chez l'homme. Toutes les statistiques les plus récentes s'accordent pour reconnaître cette fréquence très inégale. Il faut signaler cependant l'exception d'une statistique suédoise, où 518 cas se rapportent à 326 hommes contre 192 femmes.

KÜTTNER comptait 74 hommes pour 8 femmes, soit 9 hommes pour une femme. La statistique globale des médecins d'Edimbourg portant sur 200 cas (de 1896 à 1912) comportait 179 hommes et 21 femmes, soit 15 pour 1.

En 1923, MONDOR, sur 93 cas apportés à la Société de Chirurgie, trouvait 83 hommes pour 10 femmes, alors que LAURET en 1920, trouvait sur 100 observations prises au hasard dans la littérature, 50 perforations gastriques avec 37 hommes et 13 femmes, 50 perforations duodénales avec 47 hommes, 3 femmes.

HARTMANN avait rassemblé 184 observations divisées en 173 hommes et 11 femmes, soit 15 hommes pour 1 femme, et, sur les 69 ulcères duodénaux de cette statistique, il y avait 68 hommes pour une seule femme.

La différence semble donc surtout sensible quand il s'agit d'ulcères duodénaux. Dans l'importante contribution de BERTEL BAGER, l'écart est moins grand: 1.089 hommes pour 406 femmes.

ROUSSELIN, en 1933, sur 66 cas, apporte 3 observations concernant des femmes.

Dans sa thèse, M. GANDY, en 1934, publie 191 cas dont 175 hommes et 16 femmes.

JUDINE, sur 343 cas réunis à la fin de 1927, ne trouvait que 5 femmes; HINTON, 2 sur 105 cas;

METZGER, dans sa thèse, donne la proportion de une femme pour 14 hommes.

Il faut noter de ce fait que, non seulement l'ulcère non compliqué est moins fréquent chez la femme, mais que surtout la perforation semble encore plus rare que chez l'homme.

Le problème étiologique de la perforation reste encore très obscur, et aucune explication réelle ne peut l'éclaircir. Le tabac et l'alcoolisme, s'ils jouent très probablement un rôle favorisant, ne peuvent à eux seuls être invoqués. La très curieuse observation de SCHINDLER, parue le 15 mai 1935 in « Der Chirurg » et concernant deux jumeaux qui, à quelques mois d'intervalle, perforent chacun un ulcère gastrique, montre également toute notre ignorance sur l'étiologie de ces accidents.

AGE

Dans 102 cas, l'âge a été noté, et nous avons observé :

3 cas de 10 à 20 ans, 18 cas de 20 à 30 ans,
34 cas de 30 à 40 ans, 18 cas de 40 à 50 ans,
16 cas de 50 à 60 ans, 8 cas de 60 à 70 ans,
4 cas de 70 à 80 ans, 1 cas de 80 à 90 ans,

Les plus jeunes avaient 14, 16 et 19 ans; les plus âgés 74, 75, 76 et 80 ans. Les plus nombreux ont de 30 à 40 ans; de 20 à 30, et de 40 à 50 ans, ces accidents sont encore fréquents; ils diminuent ensuite assez rapidement, à partir de 60 ans surtout, parallèlement d'ailleurs à la fréquence de l'ulcère gastro-duodénal aux mêmes périodes de la vie.

Nos chiffres sont voisins de ceux que l'on rencontre dans toutes les statistiques, dans celles de LAURET et de MONDOR, par exemple. Mais il y a évidemment des exceptions. LENNART-NOORLIN cite une statistique de 518 cas comportant 37 fois une perforation entre 15 et 19 ans, et lui-même en observe un cas chez une fillette de 7 ans. Les tout jeunes enfants et les nourrissons n'en sont pas indemnes: 7 jours (DURANTE et ECALLE), 6 mois (RIBADEAU-DUMAS), 8 mois (FINNEY).

Ch. GANDY cite dans sa thèse des observations anciennes, montrant que l'ulcère gastro-duodéal existe même chez le nouveau-né: 4 jours (BOURRUS et VATON), 3 jours (Von SIEBOLD), 35 heures (WOODS), 20 heures (GENRICH). A l'opposé, KOTZAREFF, sur 8 cas, a opéré deux vieillards de 84 à 85 ans.

ANTÉCÉDENTS

La perforation peut survenir au cours d'un ulcère en évolution, d'un ulcère dit guéri, ou d'un ulcère parfaitement latent. L'existence, ou l'absence de passé gastrique n'a été noté exactement que dans 57 de nos observations, nous trouvons 43 passés anciens, 4 fois des antécédents récents, et dans 10 cas, l'absence de toute anamnèse gastrique est formellement indiquée.

De nombreux auteurs affirment qu'ils ont trouvé des antécédents très souvent: MONDOR, dans 80 à 90 % des cas; les médecins d'Edimbourg dans 90 % des cas de leur statistique; M. GANDY, dans un peu moins de 90 %; des 103 cas rapportés dans sa thèse, en 1934.

Cependant, WOLFF estime à 25 % l'absence de tout antécédent et HILTON à un peu moins de 20 %. Nous nous approchons plutôt de ces chiffres (17,5 % environ), mais ils portent sur trop peu de cas pour en tirer une règle.

DÉLREZ, sur 106 observations, note 15 cas, soit plus de 14 % dans lesquels les malades n'avaient jamais souffert de l'estomac. 31 souffraient depuis un laps de temps, variant de 8 jours à 1 an; enfin 60 présentaient des signes d'ulcères gastriques plus ou moins graves depuis plusieurs années, de 1 an à 20 ans.

DEAVER estime également l'ulcère latent, ou qui « naît perforé », assez fréquent: 20 fois sur 100.

BERTEL-BAGER, dans une statistique récente et importante, donne le tableau instructif suivant:

Malades sans aucun symptôme antérieur.....	127
Malades souffrant depuis une semaine.....	80
Malades souffrant de une semaine à 1 mois....	107
Malades souffrant de un mois à un an.....	175
Malades souffrant depuis plus de 1 an.....	497
Symptômes transitoires depuis plusieurs années,	202

Il ajoute que les malades à prodromes les plus longs, ce sont les femmes. La lésion la plus volontiers latente serait l'ulcère duodénal. Le « coup de tonnerre dans un ciel serein » appartiendrait plus spécialement à la perforation duodénale.

Quant aux *antécédents éthyliques*, s'ils sont avoués rarement par le malade ou sa famille, il nous a semblé devoir les invoquer fréquemment. Nous avons observé

souvent des vomissements post-anesthésiques vineux, ou fortement aromatisés par alcool. Nous avons même constaté l'existence de vin, bière, apéritif anisé, ou alcool dans le liquide intra-abdominal ou gastrique. Trois de nos cas de perforation sont survenus après d'abondantes libations avouées (à l'occasion du réveillon, de la conscription, etc...). Plusieurs de nos opérés ont été atteints de *delirium tremens* au cours des suites opératoires. D'autres ont présenté seulement une agitation excessive, avec tremblement, ou hallucinations.

Enfin, nous n'avons pas pu ne pas être un peu frappés des milieux corporatifs où le plus souvent ont été recrutés nos cas: cavistes, manœuvres, chômeurs, peintres en bâtiments, verriers, maçons, débardeurs, lamineurs, coiffeurs, musiciens de café-concert, cantonniers, bateliers, gaziers, tonneliers, vigneron, garçons de laboratoire, camionneurs, boulangers, cafetiers, etc... Il est évident que chacun de ces métiers n'engendre pas nécessairement des habitudes d'intempérance, et comporte très souvent de plus une alimentation plus ou moins défectueuse, mais peut-être plus que d'autres métiers, ceux-là comptent-ils d'alcooliques. Si l'on ne peut déduire du fait qu'un homme est boulanger, qu'il est un éthylique, il n'en reste pas moins le fait que les médecins constatent, avec une certaine fréquence, un alcoolisme chronique chez leurs malades faisant partie de cette corporation, et de beaucoup d'autres, où la même constatation s'impose.

Si M. GANDY, dans 191 observations n'a pu relever que trois fois des antécédents éthyliques, certaines opinions admettent leur fréquence dans 79 % des cas.

CAUSES OCCASIONNELLES
REMARQUES PATHOGÉNIQUE

En dehors des libations, *l'heure et l'abondance du dernier repas* ont une importance certaine. Dans 55 de nos observations, l'heure exacte de la perforation a pu être relevée :

de 0 à 6 heures, 8 cas ; de 6 à 12 heures, 15 cas, de 12 à 18 heures, 19 cas ; de 18 à 24 heures, 13 cas.

Les perforations semblent plus nombreuses 3 et 4 heures après les principaux repas. C'est vers la fin de la digestion gastrique qu'éclatent les accidents, le plus souvent dans l'après-midi, entre 16 heures et 20 heures, dit BERTEL-BAGER. Cependant, ils peuvent survenir en état de vacuité stomacale (ou tout au moins à jeun, car il peut exister une stase ignorée). Dans six de nos cas, il est mentionné que le malade était à jeun depuis plus de six heures. Dans 8 cas, le malade n'avait absorbé qu'un peu de liquide (potage ou café, lait, un peu de bière ou de vin). Dans 3 cas, il s'était livré à de copieuses libations ; et dans 8 autres cas, la perforation est survenue de une à cinq heures après un repas plus ou moins abondant.

Dans deux de nos cas, dont l'un fut mortel, la perforation survint *après un examen radiologique* et absorption de baryte, dont une partie fut retrouvée dans la cavité péritonéale à l'intervention. A noter que chez le premier, la douleur en coup de poignard survint aussitôt la bouillie ingérée, et le radiologiste fit de suite le diagnostic de perforation, par l'apparition immédiate d'une contracture de bois. Ceci ten-

derait à infirmer l'opinion de GRÉGOIRE sur la non-coïncidence du début anatomique et clinique de la perforation.

Des cas semblables de perforation après ingestion de bouillie bismuthée ont été rapportés par BITTROLF, par HARTMANN, LANG, BARBIER, PATEL, GRÉGOIRE, etc., par STEIGER, par PONEK (8 cas, dont 4 aussitôt après l'ingestion de baryte, et quatre moins de six heures après). AMBERGER, opérant « à froid » trouve de la baryte dans le ventre, alors qu'il n'y avait pas eu les signes dramatiques de la perforation.

Nous trouvons également dans la littérature, les deux observations de EBERLÉ, où la perforation serait due à l'absorption d'une eau gazeuse allemande. Dans deux de nos cas, l'accident est survenu le jour même d'une purgation.

Par ailleurs, MEYER et BRAMS rapportent cinq cas de perforation survenue *pendant le sommeil*. MONDOR cite un malade de BONNIOT qui avait l'estomac lavé, et qui la nuit précédant l'opération perfora son ulcère; un autre malade de MONDOR, à jeun depuis la veille en vue d'un examen radiologique, fit une perforation à midi. GROSS enfin, a rapporté deux cas où l'estomac était certainement en état de vacuité: l'un des malades était nourri par le rectum, l'autre avait subi une gastro-entérostomie deux jours avant. Un de nos malades (obs. CXVII) fit sa perforation dans son lit; la nuit à 1 heure, il fut réveillé par une douleur en coup de poignard. De même, un malade (obs. CVIII), en observation pour sténose pylorique, fit dans son lit, une perforation aiguë d'un gros ulcère calleux.

Si la réplétion gastrique ne joue pas à coup sûr un rôle mécanique indiscutable dans la perforation, le degré de réplétion tout au moins conditionnera, dans une certaine mesure, l'abondance de l'inondation péritonéale.

D'autres causes occasionnelles, extrêmement variables, peuvent intervenir. Tous *les traumatismes*, quelle que soit leur importance, peuvent déclencher le début des accidents. MONDOR ne leur fait jouer qu'un rôle minime, d'ailleurs rarement signalé, encore que le malade soit tout prêt à rattacher au traumatisme, à l'effort, plus d'importance qu'ils n'en comportent.

Une activité physique relativement intense, peut être relevée quelquefois. Dans 99 observations, nous avons noté le métier exercé par nos malades. Il n'y a que 10 professions sédentaires ou intellectuelles (comptable, assureur, employé de bureau, musicien, garde-barrière, coiffeur...); 89 cas concernent des travailleurs manuels, exerçant souvent des métiers très pénibles: 19 manœuvres, 9 cultivateurs, 4 chauffeurs, 7 mécaniciens, 5 ouvriers, 3 tailleurs de pierres, 3 maçons, 3 bateliers, 4 peintres, etc... Dans les observations, les accidents sont moins souvent survenus en plein travail qu'après le repas ou l'ingestion de liquide quelconque. Cependant 4 manœuvres, 2 mécaniciens, 1 tailleur de pierres se livraient à de gros travaux quand la douleur-signal fit son apparition.

L'un de nos malades bêchait son jardin, quand brusquement apparurent les accidents (Obs. CXIV); un autre faisait des exercices d'éducation physique (Obs. LXXXV); un troisième soufflait dans un trombone (Obs. LXIV).

Plus intéressants encore sont les cas, où un traumatisme évident, plus ou moins violent, intervient à l'origine des accidents aigus. Nous ne tiendrons pas compte ici des plaies pénétrantes de l'abdomen et des contusions, intéressant l'estomac ou le duodénum sains (Obs. CIV, LVIII et XCIX). Mais nous rapportons trois observations où la perforation d'un ulcère se produisit à la suite d'un traumatisme important.

Dans un cas, un homme de 37 ans fit une chute de deux mètres, et, pris aussitôt de douleurs abdominales, excessivement vives, ne put se relever. Il était à jeun. On l'opère six heures plus tard, et l'on découvre une perforation d'un ulcère de la petite courbure (Obs. X).

Dans la seconde observation (N° CXII), un jeune homme de 14 ans, tombe de bicyclette et nous arrive trois heures plus tard se plaignant du ventre. On trouve une perforation duodénale au niveau d'un ulcère chronique.

Le troisième cas concerne un accidenté d'automobile, de 32 ans, fracturé du bassin, avec enfoncement du cotyle. Nous l'avions appareillé avec le dispositif de LEVEUF, quand il fut pris subitement de douleurs abdominales intenses avec contracture. L'infirmière de service fit une injection de morphine et ne nous prévint que le lendemain matin. L'intervention révéla l'ulcère perforé du pylore, mais ne put sauver le malade (Obs. XCIV).

Les cas analogues publiés dans la littérature ne sont pas très fréquents. Un malade de TOUPET avait reçu quelques jours auparavant, un coup violent dans l'abdomen; d'autres malades furent pris en éternuant,

en toussant, en sautant un fossé, en essayant de dégripper une lourde pièce de machine typographique (METZGER) ou même pendant la défécation. Ces perforations par effort ont été décrites autrefois par WEISS. Par suite de traumatismes violents, les plus beaux exemples sont ceux de POWERS, de P. DUVAL : cliniquement, il semblait ne s'agir que de contusions de l'abdomen. A la suite de l'observation de MÉNÉGAUX, rapportée par P. DUVAL à la Société de Chirurgie (1930), parurent celles de MAISONNET, MAGNANT et GUIMBELLOT.

LECLERC et ALBERTIN ont publié à ce sujet une observation intéressante, dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 20 juin 1931, de perforation par chute sur les pieds, d'une hauteur de 2 m 50. La douleur fut immédiate ainsi que la contracture. Il s'agissait donc d'un mécanisme par cause indirecte. Le mécanisme au contraire était de cause directe, par contusion de l'abdomen, dans sept observations, sur les dix cas antérieurement publiés, et rassemblés par DUVAL (1 de MÉNÉGAUX, 1 de MURPHY, 4 de POWERS, 1 de LENNANTER, 1 de MAISONNET, 1 de GUIMBELLOT, 1 de MAGNANT).

En 1932, Guimbellot rapporte à la Société de Chirurgie une nouvelle observation de Daniel FÉREY, concernant un ulcère du duodénum qui se perfore, au cours du travail, à l'occasion d'un traumatisme violent de l'épigastre. Il attire l'attention sur le point de vue médico-légal de cet accident du travail.

MÉNÉGAUX, dans la séance du 10 juillet 1935 de la Société de Chirurgie rapporte un autre cas, de COR-

DIER et CALVET : une femme de 62 ans, reçoit un choc violent de l'hypocondre gauche. On trouve une vaste perforation d'un ulcère situé très haut, près du cardia (comme dans l'observation de MAGNANT) dans une région protégée par le rebord costal ; on ne peut donc concevoir que le traumatisme ait agi directement, par contusion de l'ulcère. Le mécanisme ne peut avoir été qu'indirect, par augmentation brusque de la pression du contenu gastrique. D'autre part, la douleur fut immédiate, ce qui, une fois de plus, est en désaccord avec l'opinion de M. GRÉGOIRE, aucun intervalle libre entre la perforation et l'apparition des douleurs n'ayant été constaté.

Enfin, JORNS, dans *Médizinische Klinik*, 1935, sur 98 cas de perforation aiguë gastro-duodénale, observés à la clinique d'Iéna, considère que 18 d'entre eux sont des ruptures accidentelles, survenues au cours du travail ou d'un accident ; dans 10 cas, il ne s'agit que de mouvements normaux (voyage en chemin de fer ou en automobile, malade qui s'habille, etc...). Dans six cas, il s'agit au contraire d'exercices inaccoutumés (soulèvement de grosses charges, courses rapides). Dans deux cas enfin, il y a eu un geste brutal (saut de 1 m. 50, projection violente de la casquette en l'air).

En résumé, il suffit souvent d'une force très légère pour déterminer le dernier acte de la perforation d'un ulcère gastro-duodéal. C'est également ce qu'admet ROBINEAU dans les *Annales de Médecine légale*, février 1935, mais, adoptant et généralisant les idées de Grégoire, sur l'asynshronisme entre perforation et

douleur, il se demande si cette donnée n'apporte pas un nouvel élément à la vieille discussion des perforations traumatiques au cours du travail. La connaissance précise de cet intervalle libre serait évidemment d'importance, pour fixer l'heure de la perforation. Nous ne pensons pas que la conception de Grégoire soit acceptable, tout au moins dans la généralité des cas, et nous nous sommes déjà exprimés à ce sujet.

Les constatations de HERTZLER sont également contraires à cette interprétation: « Les signes d'inflammation, à un stade précoce, sont absents. La douleur initiale semblerait donc primitivement spasmodique, le spasme commençant avec l'irritation du péritoine par le liquide sortant de la perforation ». MONDOR et LAURET, s'appuyant sur les faits observés par MOULONGUET, par BAUDET, pensent que la douleur n'est pas obligatoirement l'expression de l'atteinte du péritoine, par les liquides et les gaz épanchés. Le malade de MOULONGUET était « plié en deux par des douleurs terribles ». Il n'y avait pas de liquide dans le ventre.

La connaissance des causes occasionnelles de perforation est encore imparfaite, mais son *mécanisme* profond reste plus obscur encore. Faut-il faire intervenir, comme le voudrait STEFANELLI, une diathèse perforative? Existe-t-il une véritable prédisposition à l'ulcère perforé. STEFANELLI invoque deux ordres de raison: 1° la tendance à la récurrence observée par lui au niveau de l'anastomose (ulcère peptique); 2° l'absence d'induration, fréquemment observée à la périphérie de la perforation.

Nous possédons une observation de perforation itérative (Obs. XXXIV). Il s'agissait d'un cafetier qui avait été opéré deux ans plutôt pour un ulcère perforé, par suture et G. E., et qui perfora une seconde fois un ulcère du pylore.

Quant à l'existence de perforations à bords souples, elle nous semble assez fréquente, en particulier au niveau du duodénum où l'on trouve si souvent la petite perforation lenticulaire, à bords parfaitement souples. Dans nos protocoles opératoires, cette éventualité n'a été notée que quatre fois avec précision, mais elle s'est présentée beaucoup plus souvent à nos yeux.

Enfin, bien que dans 10 cas seulement, nous n'ayons trouvé aucun antécédent gastrique (sur 57 observations où leur recherche fut notée exactement) et que parmi ces 10 cas la localisation de l'ulcère sur la petite courbure n'est pas exceptionnelle, on ne peut s'empêcher d'être frappé de cette évolution absolument latente. L'ulcère perforé semble souvent constituer une forme évolutive bien particulière de la maladie ulcéreuse, dont l'étiologie et la pathogénie restent encore très obscures.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans 83 cas, nous avons trouvé le siège de la perforation, noté avec exactitude. Parmi ces 83 cas, nous ne tiendrons pas compte de trois perforations néoplasiques, et de trois perforations par plaie pénétrante. Sur les 77 ulcères perforés que nous retenons, on trouve: 18 fois le duodénum, 28 fois le pylore, 5 fois la face antérieure de l'antra, 6 fois la zone juxta-pylorique de la petite courbure, 19 fois la petite courbure (dont 3 perforations haut situées, et 1 perforation du versant postérieur); dans un cas, il fut impossible de découvrir le siège de la perforation. Nous n'avons pas d'observation concernant une perforation siégeant sur le corps de l'estomac, en dehors de la petite courbure et de l'antra.

En totalisant, 39 fois la lésion siégeait près du pylore, 18 fois elle était nettement duodénale, 19 fois elle se trouvait au niveau de la petite courbure.

Ceci confirme la notion classique du *maximum de fréquence sur le duodénum et le canal pylorique*, 57 fois sur 77 cas.

La proportion entre ulcères pyloriques et duodénaux est voisine de celle que donnent MONDOR et

LAURET, avec 54 pyloriques pour 32 duodénaux. Elle est très inférieure à celle des statistiques américaines qui accusent deux ulcus duodénaux contre un gastrique. Dans un travail récent, WILLIAMS et WALSH rencontrent même 124 perforations duodénales pour 34 gastriques.

En France, L. ROUSSELIN compte 51 perforations duodénales sur 65 cas; mais, par contre, DELREZ, sur 141 ulcères, a une majorité de perforations de l'antre: 60 cas, pour 28 perforations du corps de l'estomac; 26 du pylore; 27 du duodénum; en nombre approximativement égal au niveau du corps, du pylore, et du duodénum. Six fois la perforation était postérieure. Il n'est pas fait mention de la petite courbure, et sans doute ces cas sont-ils comptés parmi les perforations du corps.

Les statistiques sont assez variables. Il faut d'ailleurs noter que dans les cas fréquents où le duodénum et l'antre sont le siège d'un œdème important, la difficulté de situer le pylore rend impossible toute précision de siège: la perforation est dite duodéno-pylorique.

Parmi les perforations duodénales, le siège se trouve le plus souvent sur la première portion. Nous l'avons trouvé quelquefois tout près de l'angle de la première et de la deuxième portion. Sur 19 cas, M. GANDY situe deux fois le siège à ce niveau; WILMOTH sur 11 ulcus duodénaux, l'a rencontré deux fois également.

Une constatation, encore, peut être faite à propos de notre statistique: *la fréquence des perforations de*

la *petite courbure*, même indépendamment des cas où celles de la région pylorique siègent en réalité sur le bord supérieur de la partie basse de la petite courbure. Comme GUTH, en 1925, nous trouvons une proportion égale entre petite courbure et duodénum. GUTH donnait : 19 fois le duodénum, 18 fois la petite courbure, 39 fois le pylore.

SCHWARTZ, à propos de 12 cas, rencontre 8 ulcus de la petite courbure ; et DE MOURGUES, dans une statistique récente de l'Hôtel-Dieu de Lyon, remarque également leur fréquence : 45 fois sur 169.

Les perforations hautes, juxta-cardiaques, sont relativement rares (3 cas, dans notre statistique). Elles ne semblent pas avoir la fréquence indiquée par GROSS et BRUNNER, puisqu'elles représentent à peine un douzième des perforations gastriques (27 cas, sur 343 ulcères gastriques perforés, dans la statistique de RADOIEVITCH).

Nous n'avons pas recueilli d'observation de *perforations multiples*, mais, dans un cas (Obs. CXIV), il existait deux ulcères, dont l'un était perforé, l'autre d'aspect cicatriciel, siègeant en regard l'un de l'autre, en portefeuille, sur les versants antérieur et postérieur de la petite courbure, à sa partie haute.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence des *ulcères multiples*. Les travaux français sur ce point ne sont pas d'ailleurs très nombreux : ce sont, entre autres, ceux de MM. WEISS et HAMANT, en 1920 ; de DELORE en 1926, de MOREAU en 1928, L. GRIMAULT (d'Algrange) avait publié un cas en 1928, rapporté par HOUDARD à la Société de Chirurgie. Il

vient d'en présenter, à la même société, une observation toute récente. Citons encore les cas de BERTRAND, 1929; P. MATHIEU, 1923; LAPORTE 1936.

A l'étranger, les médecins d'Edimbourg relatent des ulcères multiples dans 5 % des observations. Dans la statistique de BRINTON on en relève 97 cas sur 463, soit 21 %.

JUDINE en trouve 7 sur 30 autopsies. NOEHREN analyse les cas de PETREN et trouve des ulcères multiples dans 27 % des cas. FELLER donne le chiffre de 30 % et LEWISOHN 50 %. CHRISTIANSEN, à l'autopsie de seize malades décédés d'hémorragies, a découvert quatre fois des ulcères multiples.

DELORE pense lui aussi que leur fréquence est très grande. Certes, les chiffres sont très différents, mais il semble que la multiplicité de l'ulcère ne soit pas exceptionnelle.

Les *perforations multiples* sont plus rares. Elles sont habituellement doubles, parfois triples, comme dans les observations de JABOULAY et de DUBOUCHER. Ces faits sont rares. Pourtant, ELIOT en réunit 18 observations dès 1908. En 1919 il en rapporte 8 cas nouveaux. En France, on trouve ceux de CADENAT, LERICHE, BOPPE et DÉJARDIN, COUREAUD et WILMOTH. BAGER et JUDINE en rapportent chacun un cas. BRUNNER croit que les perforations multiples existent dans un quart des cas, ce qui est certes une proportion de beaucoup exagérée. MONDOR enfin, a pu en réunir 30 observations.

Les *perforations couvertes*, en péritoine cloisonné, ne font pas partie de nos observations, mais, dans

deux cas, la perforation qui s'était faite en péritoine libre, était *partiellement* bouchée, tantôt par des adhérences au foie, tantôt par une lame épiploïque.

Nous avons également eu récemment deux cas de perforations secondairement obturées, non opérés, et qui ont donné lieu à l'évolution d'abcès sous-phréniques, dont l'un mortel. Ces deux observations, qui ne font pas partie de notre statistique, seront relatées cependant à propos du pronostic général des perforations, en raison de leur intérêt.

Parmi nos malades, ne figure aucun cas de perforation *en péritoine libre d'un ulcère peptique*. Ce point particulier a fait l'objet de la thèse récente de FEILLARD, Bordeaux 1934.

Le *calibre* de la perforation est très variable, depuis la perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, jusqu'aux dimensions d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, et même plus étendues. En règle générale, la perforation duodénale est petite, et les plus grosses se trouvent sur le pylore, et encore plus sur la petite courbure. Mais nous avons rencontré deux perforations géantes, à base indurée, au niveau du duodénum, et nous avons vu des orifices lenticulaires de la petite courbure. Sur 21 cas seulement, où la taille fut notée, celle-ci avait les dimensions d'une pièce de 50 centimes 7 fois, d'une lentille 6 fois, d'un pois 6 fois, d'une pièce de 1 à 2 fr., 2 fois. En réalité ce sont les perforations moyennes de la taille d'une lentille à celle d'un pois, qui nous paraissent les plus fréquentes.

Les *ulcères calleux* ne sont pas rares, mais nous n'avons rencontré que 14 cas où les callosités attei-

gnaient une importance, signalée dans les protocoles opératoires, capable de créer une difficulté technique. Dans quatre cas, au contraire, on a noté l'absence totale d'induration des bords: il existait une perforation à l'emporte-pièce, qui semblait s'être faite en plein tissu sain, d'apparence extérieure.

L. ROUSSELIN s'est demandé à quoi tenaient ces différences. Tiennent-elles à l'âge clinique de l'ulcère? Il semble bien que non. On rencontre en effet, chez des malades qui souffrent depuis longtemps, des perforations duodénales reposant sur une toute petite induration, et inversement de véritables ulcères calcaireux perforés, de l'antrum ou de la petite courbure, chez des malades qui n'ont jamais souffert.

Il apparaît donc que l'anatomie pathologique de l'ulcus soit sous la dépendance plutôt de son siège que de son évolution clinique.

Ces conditions anatomiques différentes indiquent déjà que la technique ne sera pas uniforme, mais ce sont elles qui conditionnent en partie les particularités cliniques de *l'épanchement péritonéal*.

Celui-ci est plus ou moins abondant. La perforation gastrique large, laisse passer dans le péritoine tout le contenu de l'estomac, parfois des débris alimentaires, du bismuth, et tout porte à penser que ce liquide stomacal, quoique peu septique, l'est plus que le liquide duodénal. En général, on trouve plus de liquide dans l'abdomen au cours d'une perforation gastrique qu'au cours d'une perforation duodénale. Dans ce dernier cas, LAGOUTTE pense que le pylore se ferme et ne laisse pas passer le contenu gastrique.

CLAVEL et CLAVEL, en 1933, ont étudié, dans la *Revue de Chirurgie*, la bactériologie du liquide d'épanchement, après LECÈNE, DUVAL, ROUX, MOUTIER...

DELREZ, dans la même revue, en 1936, tient des considérations intéressantes sur ce même liquide intra-péritonéal. Il montre que sa quantité ne dépend pas essentiellement de la durée qui sépare le moment de la perforation du moment de l'opération. Sur 97 observations, 60 fois le liquide était peu abondant, le laps de temps écoulé était en moyenne de 7 heures; 6 fois il était moyennement abondant, la durée moyenne étant de 7 heures. En conséquence, peu de relations entre la quantité et le délai semblent exister. Ce qui explique la présence de liquide abondant, c'est : 1° le diamètre de la perforation; 2° l'état de réplétion gastrique; 3° le siège de la lésion.

De même, la flore microbienne semble plus abondante dans les cas où la cavité péritonéale renferme beaucoup de liquide que dans les autres éventualités. En particulier, le facteur laps de temps écoulé semble avoir moins de corrélation avec la virulence du liquide. DUVAL a pu conclure que « dans 1/3 des cas, une réaction péritonéale amicrobienne peut persister telle jusqu'à 32 heures ». Les deux autres tiers étaient apparus microbiens de 3 à 24 heures après la perforation. L'acidité du liquide gastrique jouerait un rôle prépondérant (HARKINS).

Parmi nos observations, la quantité de liquide, notée 19 fois seulement, est très abondante deux fois, jaillissant de toutes parts de la cavité péritonéale; moyennement abondante 12 fois, contenue dans la région

sous-hépatique et la fosse iliaque droite; peu abondante 4 fois, quelques centimètres cubes seulement; dans 1 cas il n'existait pratiquement pas d'épanchement liquide, mais, à l'ouverture du péritoine, un sifflement gazeux nous annonçait l'existence de la perforation. D'une manière générale, le contenu aérique est cependant particulièrement important lorsqu'il existe concomittamment un épanchement liquidien abondant. Dans deux cas du bismuth tapissait entièrement le péritoine viscéral et farcissait l'épiploon. L'étude comparative de la quantité de liquide avec le délai opératoire, avec le siège de la perforation, avec son diamètre, avec l'état de réplétion gastrique, avec la mortalité, etc., est, à notre sens, difficile et peu instructive; tous ces facteurs différents s'intriquant d'une façon extrêmement variable et capricieuse, il est oiseux de considérer les chiffres, pris en particuliers pour chaque éventualité.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Après les chapitres magistraux que MONDOR a écrits sur le diagnostic des ulcères perforés, il n'y a plus grand chose à dire. DIEULAFOY lui aussi n'avait-il pas brossé un tableau magnifique de ce diame abdominal, et du « coup de poignard péritonéal » qui garde son nom ? Si bien qu'en principe le diagnostic de la perforation aiguë est très facile, et se trouve à la portée des infirmiers qui d'habitude reçoivent les malades. Et cependant, on ne dressera jamais trop souvent aux yeux des étudiants le tableau de l'ulcère perforé, car de nos jours encore, nous voyons trop fréquemment encore des malades arriver tardivement au chirurgien, et bien souvent... sans diagnostic établi, ou justifié.

Cependant, nous voulons ici nous contenter de faire de simples remarques à propos de quelques signes cliniques, et à propos du diagnostic.

Sur les *antécédents* gastriques, nous avons étudié, au chapitre Etiologie, les éléments de notre statistique. Rappelons que dans 17,5 % des cas environ, aucun passé quelconque n'a pu être retrouvé.

Parmi les cas nombreux où l'on note au contraire des antécédents plus ou moins anciens, nous avons trouvé assez souvent, dans l'interrogatoire, des signes précurseurs, des *prodromes*, répondant à ce que RYSER appelle « l'état de perforation menaçante » : l'accentuation des symptômes, leur résistance au traitement habituel, et particulièrement la ténacité des phénomènes douloureux, quelquefois de la fièvre. La poussée évolutive de l'ulcère est fréquemment notée; dans plusieurs cas, il semble qu'il y ait perforation à la fin d'une crise douloureuse ayant duré de quelques jours à quelques semaines, que ce soit ou non la première crise affirmant l'existence de l'ulcère.

Les symptômes prodromiques le plus souvent rencontrés sont : les douleurs plus vives, plus tenaces, les frissons, un état subfébrile, des nausées, vomissements, hémáténèses; pour LOEPER, une constipation exagérée.

Cet état de « perforation menaçante » a été signalé par beaucoup d'auteurs, 16 fois sur 24 par PONEK; 11 fois sur 45 par METZGER.

On comprend, qu'au cours de telles crises, le moindre traumatisme puisse intervenir; un effort, un repas, un examen radiologique, etc... Faut-il en conclure, avec RYSER, que, lorsque le traitement médical sévère reste sans influence, il faut opérer avant la perforation évidente? DE AMESTI, analysant 21 cas, arrive aux mêmes conclusions.

Toujours est-il que la présence des antécédents gastriques, plus ou moins nets, est très fréquente; et

la recherche systématique par l'interrogatoire, d'une recrudescence des douleurs dans les jours qui précèdent l'accident dramatique montre que cet état pré-perforatif, loin d'être exceptionnel, peut constituer un appoint au diagnostic.

La *douleur brutale*, le coup de poignard péritonéal, ne manque guère dans nos observations. Cette douleur violente, atroce, pour laquelle tous les superlatifs ont été employés, est de règle; sa valeur clinique est de premier ordre. « L'angoisse, l'attitude qu'elle détermine chez un homme adulte, le plus souvent courageux, mais terrassé, en disent plus long » que l'examen prolongé.

Il faut noter non seulement l'intensité de cette douleur, mais sa soudaineté: les malades indiquent le plus souvent l'heure, et la minute, où ils l'ont ressentie.

Le siège initial est le plus souvent dans la région sus-ombilicale, parfois dans tout l'abdomen, avec prédominance à l'épigastre ou à l'hypocondre droit. Rarement, le malade nous indique la fosse iliaque droite exclusivement, et c'est là une cause d'erreur qui peut faire croire à une appendicite qui n'existe pas. Bien des auteurs ont insisté d'ailleurs, sur cette douleur élective à droite (GROSS, TUFFIER, LECÈNE, en particulier).

Les irradiations douloureuses ne semblent pas aussi nettes et aussi fréquentes que le veulent certaines statistiques étrangères. Pour OEHLECKER, il existerait dans 90 % des cas, une douleur du moi-

gnon de l'épaule, et GRAHAM BRYCE aurait plusieurs fois confirmé un diagnostic hésitant d'après ce seul symptôme. Pour SILBNER, la douleur scapulaire droite est aussi intense que la douleur gastrique. J.-L. FAURE, DESMARETS, ont également insisté sur ce signe. Dans les cas litigieux, sa présence peut aider le diagnostic. C'est un symptôme bien secondaire, que nous avons négligé de rechercher dans la majorité de cas, où le diagnostic était évident.

Quant à l'intensité de la douleur, si dans la règle elle est d'une extrême acuité, il existe cependant des cas plus rares où elle est moindre. Dans des cas tout à fait exceptionnels, la douleur peut être tellement estompée que tout début dramatique fait défaut (cas de GRÉGOIRE, d'AIGROT, d'ERTAUD, de TIXIER, de Maurice GANDY et FEY). Il nous est apparu que dans certains cas, la perforation semble s'être effectuée en plusieurs temps, et être restée plus ou moins couverte, ce qui peut expliquer l'atténuation de la soudaineté et de l'intensité des douleurs (Observations XXVI, L, LVII, LXXI, LXXII...). Il existe aussi parfois une période de rémission trompeuse.

Avec la notion des antécédents, et la douleur à début brutal, *la contracture de la paroi abdominale* est le troisième élément capital du tableau clinique. Dans nos 120 observations, elle est signalée 53 fois; mais en réalité, elle ne manque qu'exceptionnellement, par exemple dans les cas de péritonite avancée, où elle cède le pas au balonnement. C'est un signe tellement constant, qu'il peut être considéré

comme à peu près sans erreur. C'est de plus un signe facile, car il n'existe que rarement à un degré modique. MONDOR, sur 12 malades, l'a rencontré 12 fois, et c'était 12 fois les «plus parfaits ventres de bois». Sans vouloir décrire à nouveau ce symptôme, nous dirons que dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'une contracture généralisée: le ventre est plat, contracturé, très dur, souvent rétracté en bateau, et se défendant toujours contre les mouvements respiratoires. Il existe une véritable rigidité du malade, à laquelle les auteurs anglais attachent très justement une très grande importance.

La contracture semble apparaître en même temps que la douleur et siéger initialement au point douloureux maximum. Dans les premières heures, elle est presque toujours sus-ombilicale; lorsqu'elle a gagné toute la paroi, son maximum est encore sus-ombilical, à droite ou à gauche de la ligne médiane. Souvent, la contracture est généralisée d'emblée. Assez souvent aussi, comme la douleur au début, elle a son maximum au niveau de la fosse iliaque droite. Nous avons noté cette éventualité 13 fois dans nos comptes rendus. Pour certains auteurs, elle serait très fréquente. Pour WITT-STETTEN, la contracture, dans la plupart des cas, apparaît d'abord dans l'hypocondre droit, puis gagne la fosse iliaque droite, l'hypocondre gauche, enfin la fosse iliaque gauche. Pour MOUTIER et GATELLIER, « les malades se présentent avec les signes d'une péritonite inférieure..., les symptômes cliniques prédominent au niveau de l'hypogastre ». Le maximum de netteté à droite,

associé à la douleur, semble surtout fréquent en cas de perforation duodénale, ou pyloroduodénale.

Dans deux cas, nous avons observé une contracture épigastrique modérée, allant de pair avec une douleur plus estompée que de coutume. Son absence totale dans les premières heures est exceptionnelle. POWER croit l'avoir vérifiée dans beaucoup de perforations duodénales, et explique ce fait par l'alcalinité du liquide duodénal, qui serait beaucoup moins irritant que le liquide gastrique. SCHARVAY et FRÉMONT VALE ont observé deux cas de contracture intermittente. BRENNER signale que, chez les malades obèses, la contracture peut être plus modérée.

L'explication de la contracture est difficile à donner avec certitude. La présence du liquide gastrique irritant ne semble pas indispensable. Maurice GANDY rapporte deux observations avec « ventre de bois », sans liquide abdominal.

Dans notre observation L, il en est de même.

Dans les cas LXXI, XCV, CXVII, la contracture existait dans toute sa netteté, alors que le liquide était très peu abondant.

Les gaz sans doute sont capables d'irriter le péritoine.

On doit également admettre que la contracture est un réflexe de défense, tendant à éviter des déplacements viscéraux, pour diminuer l'acuité de la douleur. Pour ROUX, « l'immobilisation du diaphragme, maintenu en expiration forcée, contribue, en attirant l'estomac dans son retrait, à augmenter la contracture de la paroi; l'estomac est ainsi fixé, immobilisé

entre deux muscles tendus ». MONDOR donne de l'intensité et de la netteté particulière de la contraction, dans les premières heures de la perforation gastro-duodénale, l'explication suivante: « De toutes les péritonites, c'est la plus tardivement septique. La faiblesse musculaire qui accompagne si vite les perforations septiques et intoxications graves n'existe pas encore au début. La vigilance musculaire peut être au maximum ».

La *sonorité préhépatique* est reléguée par la plupart des auteurs parmi les signes secondaires. Elle est cependant fréquente, et MONDOR lui accorde une très grande valeur diagnostique, lorsqu'elle coexiste avec le ventre plat. Il suffit d'un minime épanchement gazeux pour modifier la matité hépatique. De tous les signes cliniques de la perforation gastrique en péritoine libre c'est le plus spécifique.

Nous avons rencontré ce signe très souvent, s'il n'a été noté que 28 fois dans les comptes rendus, et sa constatation nette ne nous a jamais induit en erreur. Son existence est d'une importance incontestable. Par contre, on ne peut tirer aucun argument de son absence. Et il importe de distinguer cette modification de la matité hépatique, précoce, liée à la pneumatose péritonéale, de la sonorité préhépatique plus tardive, liée à la distension atonique du côlon, signe banal de péritonite confirmée. Mais dans ce cas, le ventre n'est plus rétracté et plat.

Lorsqu'il existe une perforation gastrique, on rencontre soit une matité hépatique remplacée sur toute

sa hauteur par de la sonorité, soit une bande sonore de deux ou trois travers de doigt, remplaçant, au-dessus du rebord costal, la matité normale. Pour certains auteurs, ce signe a une valeur absolue: SOUPAULT l'a trouvé 21 fois sur 21; ou considérable: John DEEVER, sur 147 cas, l'a trouvé 89 fois, soit 62 % des cas; METZGER dans 66 %, LAURET et MONDOR dans 60 à 62 % des cas; PROMTOWA, 41 fois sur 52 cas.

Par contre Yves BOURDE ne le trouve que 7 fois sur 13, et WILMOTH l'estime très inconstant; de même, GIBSON croit ce signe rare et ne tient compte que de la sonorité postérieure sus-hépatique: bande d'air entre foie et diaphragme. Et LAPEYRE fait de la sonorité un signe plus particulier à l'ulcère gastrique, au contraire rare dans les perforations duodénales.

Les *vomissements* constituent un signe très secondaire, auquel il convient d'attacher peu d'importance. Quoique rares, aux yeux de certains, leur présence ne peut infirmer le diagnostic de perforation gastro-duodénale.

En fait, nous trouvons les vomissements notés dans 21 de nos observations. Cinq fois, il faut remarquer qu'il s'agissait de péritonite constituée ou même avancée. Dans un cas seulement le vomissement a été sanglant.

La fréquence des vomissements est estimée diversement suivant les auteurs: deux fois sur trois (LAURET), une fois sur deux (BRENNER), une fois

sur trois (METZGER). En réalité les vomissements précoces sont souvent observés: dans 50 % des cas environ, dit MONDOR.

On a voulu comparer leur fréquence d'après le siège duodénal ou gastrique. Ils seraient un peu plus fréquents dans les perforations duodénales (LAURET les trouve dans 60 % des ulcères gastriques, et dans 74 % des ulcères duodénaux).

Maurice GANDY, dans 8 cas, trouve l'ulcère 5 fois duodénal, 3 fois au niveau de l'antre.

Faut-il penser que « leur fréquence soit le fait de perforations situées immédiatement au-dessus et au-dessous de l'anneau pylorique »? (F. et G. GROSS). Un tableau de LAURET ne confirme pas cette opinion et laisse penser que le siège des perforations n'est pour rien dans le déterminisme des vomissements.

Le fait le plus frappant, c'est le contraste entre le syndrome d'irritation péritonéale, et la rareté relative des vomissements: « de toutes les péritonites, celle par perforation gastrique, ou duodénale est celle qui fait le moins vomir ».

De *l'examen radiologique*, nous n'avons pas une très grande expérience. Nous ne l'avons pratiqué que rarement dans les cas non évidents, et particulièrement dans les cas de syndrome atténué, de perforation couverte. Dans un cas, cette exploration s'est montrée négative, alors qu'il existait une perforation en péritoine libre. Rappelons que GUILLEMIN a pu être trompé, et sur la foi de ce signe porter le dia-

gnostic d'ulcère perforé, alors qu'il s'agissait d'appendicite gangréneuse.

Cependant, GIBSON pense que cet examen est utile en cas de forme subaiguë, en période de rémission, ou d'examen retardataire, ou chez un malade qui a échappé aux accidents du début.

VAUGHAN et SINGER trouvent le procédé affirmatif dans 54 cas sur 63, soit dans 85,7 % des cas; FINSTERBUSCH et GROSS, de Leipzig, 21 fois sur 23; PFEIFFER, 8 sur 8, et KÜDLECK, de Dusseldorf, 20 fois sur 24.

En somme, l'examen radioscopique possède indiscutablement une assez grande valeur. Dans les cas douteux, il peut affirmer un diagnostic. Par contre, un examen négatif est sans valeur quand par ailleurs les signes cliniques de perforation sont nets. Toute la valeur de la radiologie vient de ce qu'elle permet de conclure à une perforation quand les signes cliniques sont si peu marqués que toute intervention paraît inutile.

BROWN dans un cas, DONOVAN dans un autre eurent recours à ce moyen, et se promettent d'avoir recours à lui chaque fois que le diagnostic sera hésitant. WOLFSON et GRAY ont rencontré 4 cas pour lesquels l'intervention fut décidée sur la lecture des clichés.

Les documents concernant le diagnostic radioscopique des perforations gastriques ou duédonales augmentent chaque jour d'importance: KÜDLECK, VAUGHAN et SINGER, PENDERGRASS et Elisabeth KIRK,

DU PASQUIER, JUDINE, PORCHER, P. DUVAL et Maurice GANDY, ont publié des articles intéressants sur la technique et les résultats. SCHINZ, dans son ouvrage de Radiodiagnostic, en donne une belle iconographie.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ERREURS DE DIAGNOSTIC

Le diagnostic, dans la très grande majorité des cas, est facile, surtout durant les premières heures, où le tableau clinique est le plus clair et le plus frappant; c'est dans les six premières heures que l'évidence est fréquente, et partant, les chances de guérison importantes. Il faut savoir que les statistiques récentes ont pu enregistrer de 95 à 100 % de guérisons avant la sixième heure, et rappeler qu'après la douzième heure, le malade n'a plus qu'une chance sur deux de guérir, après le deuxième jour, une chance sur cinq (FORGUE). Un diagnostic précoce et précis a donc une importance capitale, et les erreurs, ou les retards dans le diagnostic, sont funestes.

Et cependant, un certain nombre d'erreurs de diagnostic sont fréquentes, quoique classiques.

Dans un premier groupe de faits, l'erreur consiste à *méconnaître une perforation qui existe*. Nous avons opéré un nombre élevé de malades où le diagnostic n'avait pas été fait, ou fait trop tardivement par le médecin. Les diagnostics les plus variés avaient été portés.

De même, METZGER a relevé, parmi les 45 observations réunies dans sa thèse, un nombre d'erreurs impressionnant: malades soignés pour coliques hépatiques, jusqu'à la quarantième heure; pour coliques néphrétiques jusqu'à la vingt-et-unième heure; pour empoisonnement par les moules, pour pneumothorax, etc... Dans tous ces cas, l'erreur risque d'entraîner l'abstention opératoire. Ce sont des erreurs graves de conséquences.

Moins dangereux, parce que comportant une sanction opératoire, sont les diagnostics erronés de rupture de pyosalpynx, de grossesse ectopique rompue, de pancréatite aiguë, de cholécystite perforée, de perforations intestinales, etc. Dans un de nos cas, le diagnostic avait été: hernie étranglée (Obs. LVII).

L'erreur de beaucoup la plus fréquente consiste à porter un diagnostic *d'appendicite aiguë*, de perforation appendiculaire. Parmi nos 120 observations, dans 12 cas, l'incision pratiquée d'abord a été une incision iliaque droite, type Jalaguier. Ce chiffre ne tient pas compte des erreurs de diagnostic redressées avant l'intervention, dans de très nombreux cas où les malades étaient adressés pour appendicite aiguë. Nous ajoutons que, parmi ces 12 opérations, le diagnostic nous paraissant parfois incertain, entre perforation gastroduodénale, et perforation appendiculaire (cas arrivés en général tardivement), nous avons quelquefois pratiqué délibérément l'incision iliaque droite afin d'asseoir le diagnostic, nous réservant de profiter de l'incision pour placer un drainage, en cas d'ulcère perforé. La présence de gaz inodore,

les caractères du liquide, permettent le plus souvent le diagnostic opératoire. L'introduction d'un tube de caoutchouc dans le cul-de-sac de Douglas facilite l'issue du flot de liquide révélateur. Et l'absence de lésions suffisantes au niveau de l'appendice attire l'attention du chirurgien. Nous n'avons jamais dans ces cas, laissé passer une perforation gastro-duodénale, alors que BERTEL BAGER, dans 1.495 cas utilisés, trouve 14 % des cas où l'on crut à l'appendicite aiguë, et dans 15 cas, le diagnostic ne fut pas rectifié au cours de l'intervention; tous ces malades, sauf un, moururent.

Toutes les statistiques mentionnent la fréquence de cette confusion avec l'appendicite. TUFFIER, en 1905, relève 15 fois l'erreur sur 23 observations; MOYNIHAN 19 fois sur 49 cas, BRUNET 27 fois sur 55; BÉGOUIN a vu 18 perforations: le diagnostic porté par les médecins avait toujours été l'appendicite.

Maurice GANDY, dans sa thèse, note que sur 191 interventions, 18 fois on commence par une ouverture de la fosse iliaque droite, en pensant à une appendicite aiguë. DELREZ et BOTTIN, sur 109 cas, ont trouvé 99 fois le diagnostic exact; dans 10 cas, il était erroné, soit 9,4 %, et chaque fois dans ces cas, on a opéré le malade croyant avoir affaire à une appendicite aiguë.

Si la confusion est aussi fréquente, c'est que non seulement on table sur la fréquence de l'appendicite, mais aussi parce que la douleur et la contracture, au cours de l'ulcère perforé, sont très communes dans

la fosse iliaque droite. A la période de péritonite diffuse, avec distension et contracture généralisées à tout l'abdomen, la distinction est encore plus difficile, et le diagnostic de péritonite appendiculaire devient un diagnostic de fréquence.

On a essayé de préciser certains signes différentiels. Il est inutile d'insister sur l'importance des antécédents gastriques, la soudaineté et l'atrocité de la douleur, et sur son siège sous - hépato - gastrique. C'est précisément l'absence ou le peu de netteté de ces signes qui conduisent à l'erreur. WILMOTH conseille de se baser sur le siège exact de la contracture et l'existence d'une fièvre au-dessus de 38°, avec pouls au-dessus de 90, pour éliminer la perforation gastro-duodénale.

La radiologie, dans les cas douteux de ce genre, peut être d'un très grand secours, en permettant la constatation de gaz sous-diaphragmatique, lorsque celui-ci n'est pas nettement décelable cliniquement.

Une autre erreur, consiste, dans un ordre d'idées différent, à intervenir pour un *ulcère perforé qui n'existe pas*. Il peut exister un *syndrome clinique* de perforation, sans perforation, par lésion gastrique; un syndrome de perforation viscérale, sans que l'estomac soit en cause; enfin, des affections très diverses peuvent simuler, à s'y méprendre, le tableau de la perforation gastro-duodénale.

MONDOR a rapporté quelques cas, antérieurement publiés, de *syndrome de perforation sans perforation par lésion gastrique* (cas de BONNET de BRISSET,

d'URQUIZO, de GUIMBELLOT). Dans un cas, il s'agissait de gastrite phlegmoneuse aiguë compliquée de péritonite; dans un autre, de crises gastriques très violentes, apaisées chaque fois par la morphine; dans un troisième, d'un ulcère sur le point de se perforer, avec liquide louche sous-hépatique. Nous avons vu certains ulcéreux, arrivés en pleine poussée évolutive, en imposer quelques instants pour une perforation; la glace, la diète et la morphine suffisaient à les calmer; nous avons également présent à la mémoire un malade qui présentait des crises douloureuses épigastriques excessivement vives, liées à l'existence d'un cancer de l'angle duodéno-jéjunal; certaines crises solaires, les crises gastriques du tabès, s'accompagnent parfois des mêmes réactions vives, contracture, pouls accéléré, douleur brutale et atroce. Enfin, certains ulcères gastriques, perforés en péritoine cloisonné, ou couverts, de la petite courbure en particulier, s'accompagnent aussi de signes plus ou moins accusés rappelant le syndrome de perforation en péritoine libre. La distinction n'est pas toujours facile entre ces cas et la perforation réelle, qui s'effectue parfois, bien que rarement, avec des signes atténués.

Par ailleurs, et dans ces cas manquent souvent des antécédents gastriques et le maximum de la douleur à l'étage supérieur, on est en droit de penser à la possibilité d'une perforation gastrique, alors qu'il s'agit d'une *autre péritonite par perforation*, intestinale, meckelienne, appendiculaire même. Dans un cas nous avons trouvé une perforation du grêle par

ascaris; dans un autre cas, il s'agissait d'une péritonite biliaire, sans perforation macroscopique...

Enfin, la confusion avec diverses *syndromes abdominaux aigus* est parfois bien difficile à éviter.

La *pancréatite hémorragique* a été souvent une cause d'erreur. Le ballonnement, le tympanisme, la douleur costo-vertébrale gauche, etc..., sont des signes qui manquent assez souvent. Nous avons commis cette faute de diagnostic dans plus de la moitié des cas de pancréatite que nous avons rencontrés, et bien souvent, l'ouverture du ventre était faite avec un diagnostic hésitant entre les deux affections.

Dans un cas, nous avons pratiqué une laparotomie blanche alors qu'il s'agissait de *colique néphrétique*: la contracture abdominale était de bois, surtout marquée à droite. Le lendemain le malade avait une hématurie révélatrice. Cette erreur est classique. Rappelons qu'un malade de Ducuing, qui avait bien une perforation d'ulcère, présentait une douleur basse, propagée à la cuisse et au testicule.

On a pu même opérer d'urgence des cas de *colique hépatique*, voire même d'*hématome du grand droit* chez un hépatique (CARNOT, DÉVÉ).

Des *intoxications aiguës* (empoisonnements, coliques saturnines) ont prêté à la même erreur.

Le *syndrome abdominal* au début du *rhumatisme articulaire aigu* conduit plus souvent au diagnostic erroné d'appendicite.

Le drame épigastrique, dans les *pleuro-pneumopathies aiguës* a pu, avec une fréquence plus grande, induire le chirurgien en erreur. Il débute parfois

avec une telle brutalité, atteint une telle acuité, que des cliniciens avertis font le diagnostic de perforation gastrique et opèrent (cas de RICHARDSON, de FLANDRIN, DEBRAY et FRANÇON, de MONDOR, etc...). STEWART et BARBER ont également souligné cette erreur, et A. BERNARD (de Lille) y est revenu récemment. Il s'agit le plus souvent de pneumonies, broncho-pneumonies, pleurésies diaphragmatiques, purulentes, au début. Nous avons vu entrer dans le service de M. le Professeur HAMANT, le 8 avril 1935, un malade qui avait présenté une douleur extrêmement brutale à l'épigastre, et qui avait un abdomen contracturé, et très douloureux dans la région épigastrique. Il était mourant, et nous ne l'avons pas opéré, bien que croyant avoir affaire à une perforation. L'autopsie révéla qu'il s'agissait d'un tuberculeux pulmonaire, atteint d'un *pneumothorax* spontané à gauche, avec gros foie cardiaque.

Enfin, il existe des *cas complexes* et difficile, où le diagnostic erre le plus souvent, et où le chirurgien peut être tenté de penser à une perforation gastrique, à tort ou à raison. Dans l'observation XVII, intervenant pour un syndrome perforatif, on trouve bien le ventre rempli de liquide, dont les caractères sont ceux d'une perforation gastrique (odeur aigrelette, lactescence...) et l'exploration ne permet pas de trouver la perforation. En somme, diagnostic incertain, même après intervention.

Dans l'observation LXXXVII, qui concerne un malade atteint de hernie diaphragmatique, et d'ulcère gastrique d'autre part, nous intervenions en pensant

à la perforation de l'ulcère, mais les signes cliniques eussent aussi bien répondu à un *étranglement interne*. MONDOR cite également une observation de VERBRYCKE, dans laquelle les circonstances spéciales, étaient voisines de celles que nous venons de rapporter : le malade avait présenté un début rappelant celui d'une pleurésie, mais son estomac perforé était partiellement ectopié dans une hernie transdiaphragmatique.

Dans un cas enfin, devant un tableau complet de drame épigastrique, avec ventre de bois, douleur brutale et atroce épigastrique, absence de température, nous intervenons et ne trouvons aucune anomalie de quelque nature que ce soit, au niveau de l'estomac, du duodénum, de la vésicule biliaire, du pancréas, du mésentère, etc... Nous refermons la paroi, et les phénomènes ne se renouvelèrent jamais.

Rappelons, pour finir, que la *simulation* elle-même, ou le *pithiatisme* plutôt, peuvent armer le chirurgien pour une laparotomie inutile. Avec le Professeur agrégé CHALNOT, nous avons vu un soir un malade d'une vingtaine d'années, que les agents de police venaient de nous amener, et qui venait d'être pris, dans un café, de douleurs subites à l'épigastre, après absorption d'un apéritif anisé. Il était tombé sur le sol de l'établissement, en hurlant de douleur. Le malade présentait en effet un ventre de bois de la plus belle espèce, et semblait souffrir atrocement. Son agitation, nous pouvions aisément la mettre sur le compte de l'alcool. Cet individu présentait en outre des antécédents gastriques évidents, car il était por-

teur d'une cicatrice épigastrique, avec éventration, et il nous avouait qu'il avait été déjà opéré quatre fois de l'estomac, dont, à trois reprises, pour perforation, à Paris et à Reims.

Après examen, et après l'avoir fait conduire à la salle d'opération, le Docteur CHALNOT fit remettre le malade dans son lit, en estimant qu'il ne devait plus s'agir de perforation, et décidant de temporiser sous surveillance étroite. Le malade reçut un centigramme de morphine. Deux heures plus tard, son ventre avait une souplesse normale, et tout était rentré dans l'ordre. Le lendemain, le malade quittait l'hôpital sans en avertir personne.

Quelques mois après paraissait dans la *Presse Médicale*, un article de P. BANZET, relatant, comme un cas curieux de pathomimie, l'histoire d'un individu qui avait simulé la perforation gastrique et réussi à se faire opérer sept fois dans divers hôpitaux de Reims et de Paris. Nous reconnûmes sans peine l'histoire de notre phénomène.

DEUXIÈME PARTIE

Thérapeutique

CHAPITRE PREMIER

PRÉPARATION DU MALADE

La question du traitement des ulcères perforés et de ses résultats est actuellement remise à l'ordre du jour, depuis la première communication de JUDINE, et les discussions de la Société Nationale de Chirurgie en 1930 et 1931. Ces discussions montrent tout l'intérêt qu'il y a de préciser les résultats immédiats et éloignés des diverses thérapeutiques appliquées à ces ulcères. Si l'indication opératoire d'urgence est admise par tous les auteurs, la discussion reste ouverte sur la meilleure technique à opposer à cette complication, tant pour améliorer le pronostic immédiat que pour garantir l'avenir lointain des opérés contre la récurrence de la maladie ulcéreuse.

Nous nous contenterons de faire une rapide revue critique des divers procédés, et n'insisterons pas longuement sur des détails de technique opératoire, pour étudier dans une dernière partie le pronostic immédiat d'une part, éloigné d'autre part, en apportant notre contribution personnelle basée sur 120 observations.

La technique comporte l'étude de la préparation du malade, de l'anesthésie, de la voie d'abord, de l'exploration, des procédés opératoires, du drainage, et de la suture pariétale.

Il est souvent utile, pour lutter contre le shock toxémique (très marqué dans un tiers des cas environ) de « dopper » le malade à l'aide d'injections de sérum et d'huile camphrée, de caféine, d'éphédrine; d'emmailloter les jambes d'ouate, etc., *préparation* qui ne fait pas perdre un temps précieux et qui peut se passer dans une salle bien chauffée, pendant la toilette, le rasage, le sondage du malade.

Sauf dans 4 ou 5 cas, où le malade était particulièrement shocké, parfois en collapsus, et où l'intervention a été faite avec une *anesthésie* locale, nous avons endormi tous nos malades avec le mélange de Schleich et l'appareil d'Ombrédanne.

Nous estimons que c'est le meilleur moyen de pouvoir opérer vite, et diminuer le shock opératoire, en évitant une lutte souvent pénible contre la poussée viscérale, chez ces malades qui souffrent et se contractent au maximum.

Dans tous les cas de diagnostic ferme, une *incision* médiane sus-ombilicale est pratiquée. Il n'y a plus guère à l'heure actuelle de discussion sur l'opportunité de cette voie d'abord; cependant MONDOR et LAURET préfèrent l'incision transversale sus-ombilicale à droite, qui paraît utilisable surtout pour les ulcères juxtapyloriques. Seul sans doute, R. BLOCH a proposé récemment une courte incision *pararectale droite*.

L'épanchement est soigneusement épongé à la compresse, ou aspiré.

L'*exploration* viscérale doit être méthodique, vers l'estomac et le duodénum d'emblée; et c'est leur face antérieure, siège prépondérant des perforations, qui

est d'abord examinée, en premier lieu la zone pylorique ou juxta-pylorique, où trois fois sur cinq environ se rencontre l'ulcère perforé. Ces perforations, même de petites dimensions, sont en général d'une découverte facile, parfois cachées par un exsudat fibrineux. Après la région duodéno-pylorique c'est la petite courbure qu'il faut explorer jusqu'au cardia : nous avons rencontré trois fois un ulcère haut situé, de découverte difficile. Si l'examen des faces antérieures de l'estomac et du duodénum est resté négatif, il ne faut pas omettre la recherche d'un ulcère postérieur. Nous en avons trouvé un cas. Cette exploration se fait soit par décollement colo-épiploïque, soit par effondrement d'un espace avasculaire du ligament gastro-colique, de façon à retourner l'estomac, et, sous le contrôle de la vue, aborder l'arrière-cavité. Dans quelques observations, l'invasion de l'arrière-cavité a pu être reconnue par l'issue de liquide et de gaz hors de l'hiatus de Winslow ; c'est une éventualité à retenir, quoiqu'exceptionnelle. L'œdème du petit épiploon est un caractère anatomique en faveur d'une perforation postérieure. L'emphysème sous-cutané peut accompagner les perforations rétro-péritonéales du duodénum, ou juxta-cardiaques.

La perforation découverte, « examinez-en les conditions anatomiques, car vous trouverez des renseignements sur les difficultés opératoires, probables, un élément de pronostic, et une indication logique pour le choix de la méthode opératoire. Ce n'est pas tant la dimension de l'ulcère qu'il faut considérer que l'épaississement inflammatoire qui constitue sa base ;

toutes les difficultés de la suture, tous ses risques d'instabilité et de déhiscence, viennent de cette induration pariétale péri-ulcéreuse. S'agit-il d'un ulcère à bords souples, peu calleux, dociles à la traction, tenant bien le fil, la suture y trouvera ses plus favorables conditions de solidité et l'herméticité. Est-ce au contraire une perforation même minime, ayant comme assise un vieil ulcère calleux, étendu, à la base cartonnée et friable, il est à craindre que cette rigidité ne contrarie le rapprochement des bords de l'orifice, n'expose les fils à couper les tissus, ne rende l'oblitération précaire et par conséquent ne nécessite des dispositions techniques complémentaires ou ne motive le choix d'une intervention plus radicale » (FORGUE).

Enfin, l'opérateur doit avoir présent à l'esprit qu'il existe des cas de perforations multiples simultanées. MONDOR, à propos d'un chapitre de diagnostic opératoire, en réunit de beaux exemples, et insiste sur la nécessité de cette exploration résolue et méthodique.

CHAPITRE II

LES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

La technique proprement dite comporte divers *procédés opératoires*, qu'on peut diviser, avec P. GAY, en deux groupes:

1° Les procédés de fortune et les procédés exceptionnels;

2° Les procédés classiques: suture simple, gastro-entérostomie complémentaire, gastro-pylorectomie.

1° *Les premiers* sont nombreux, mais tous extrêmement incertains. On ne s'y adresse que dans des conditions particulières, où la forme anatomique de l'ulcus empêche le traitement courant, par la friabilité, l'étendue ou le siège difficilement accessible de la lésion, ulcère-juxta-cardiaque, surtout postérieur). Dans certains cas, c'est l'état du malade qui commande une intervention très rapide. Ces procédés ont deux *buts*:

a) *Ils visent à dériver le contenu gastrique hors de la cavité péritonéale*: abouchement de la perforation à la peau; gastrostomie indirecte par tube de caoutchouc poussé au travers de la perforation et entouré d'épiploon (opération de NEUMANN); gastrostomie et

même (EISELBERG SIMON) : jéjunostomie... On ne doit pas ériger ces techniques en méthode de choix, à la façon de SCHMIDT, qui pour la plupart des cas, opérés même dans les douze premières heures, excise l'ulcère, le suture et fait une gastrostomie à la Witzel (44 cas opérés au Maria Hôpital). En France, POISSONNIER avait déjà préconisé cette opération; il n'a pas été très suivi. En raison d'une alimentation précoce, le procédé favoriserait le rétablissement du péristaltisme, créant pour l'estomac une sorte de soupape de sûreté.

b) Ces procédés exceptionnels peuvent d'autre part chercher à *obturer la perforation* par un artifice quelconque, soit en suturant l'ulcère à un organe voisin, soit en aveuglant la perforation par un bouchon épiploïque. Le *tamponnement*, avec drainage de la cavité péritonéale est plus souvent pratiqué.

Dans quatre cas très grave (Obs. XIX, XLVI, XLVIII, CIX) nous avons été conduits à nous contenter d'un simple tamponnement, avec cependant une guérison (Obs. XLVIII).

Dans un autre cas (Obs. XXXI), de perforation d'un néoplasme gastrique nous nous sommes contentés de faire une épiplooplastie... Dans l'observation LIX, après avoir fait un simple capitonage épiploïque, nous avons terminé par l'application d'un MIKULICZ au contact et l'établissement d'une gastro-entérostomie au bouton; le malade a guéri.

Le tamponnement est cependant un procédé à retenir et à utiliser à son corps défendant et en désespoir de cause. Il permet de sauver des malades. R. BER-

NARD va beaucoup plus loin et conclut dans un article récent, que le tamponnement simple des perforations est un excellent mode de traitement des ulcères perforés; il préconise le procédé surtout dans le cas d'ulcère duodénal, avec ou sans adjonction de la gastro-entérostomie complémentaire. Pour avoir voulu à toute force suturer et enfouir un ulcère duodénal très difficilement accessible nous avons perdu très récemment un malade, d'hémorragie intra-abdominale. Un tamponnement simple l'eût peut-être sauvé.

2° *Les procédés classiques* comprennent :

a) La *suture* ou *enfouissement*, avec ou sans excision ou thermocautérisation de l'ulcère pouvant aller jusqu'à l'exérèse limitée ou même élargie (excision avec pyloroplastie; résection segmentaire...).

b) La *suture avec gastro-entérostomie complémentaire*, cette dernière systématique, ou de nécessité.

c) La *gastro-pylorectomie*, avec ses nombreuses modalités, et qui peut elle aussi être systématique, ou de nécessité.

Plutôt que les directives de technique pure nous voulons ici étudier rapidement les principes directeurs et les avantages ou inconvénients théoriques de chacun de ces procédés. Leur critique a suscité, et suscite encore à l'heure actuelle, des discussions nombreuses. Mais c'est au chapitre des résultats, immédiats et lointains, que doit surtout être jugée la valeur pratique des procédés. Nous aurons donc à y revenir.

a) LA SUTURE SIMPLE représente le minimum nécessaire vis-à-vis de l'ulcère perforé, dont elle n'a pour seul but que de traiter la perforation. A ce titre c'est le procédé le plus simple, le plus rapide, le moins shockant, et suffisant. Elle remplit l'indication vitale, de sauvetage. La condition du succès, c'est que l'oblitération soit réalisée par la technique la plus simple et la plus rapide, de façon, d'une part à réduire au minimum le traumatisme opératoire, mais, d'autre part, qu'elle soit parfaitement étanche.

Cette intervention est conforme au principe énoncé par LECÈNE: « La chirurgie d'urgence doit toujours être une chirurgie simple et rapide: accomplir l'indication essentielle avec le minimum de traumatisme opératoire telle doit être l'idée directrice. L'opération d'urgence pour l'ulcère gastrique ou duodéal perforé doit, comme toute opération faite dans les mêmes circonstances, viser à être simple et rapide ».

Avantages: 1° elle est réalisée avec le minimum de manipulations opératoires; 2° elle est l'intervention la plus rapide; 3° elle permet un minimum d'anesthésie.

Inconvénients: 1° la suture est parfois *difficile*, voire impossible du fait de l'induration. C'est exceptionnel et les difficultés se laissent le plus souvent tourner, grâce à la plicature large, en tissus sains, à la Heinicke-Mikulicz. C'est également l'avis de CHABRUT, qui dans 25 cas, ne fait qu'une suture simple avec de bons résultats.

2° Exécutée dans de mauvaises conditions la suture expose à la *déhiscence secondaire*. Il n'est pas douteux

que la pierre d'achoppement de la suture se trouve dans le fait de l'induration et de la friabilité des tissus; quel qu'ait été le soin technique, les déhiscences de la suture ne sont point illusoires et il est juste d'en accuser d'ailleurs l'infection de l'ulcère plus que l'insuffisance de la technique. La qualité infectieuse de l'ulcère est un facteur important: tout ulcère perforé doit être tenu pour septique, ainsi que DUVAL et MOUTIER l'ont établi. Et il n'est point besoin d'une large désunion; une simple filtration septique peut expliquer l'infection, souvent mortelle en deux ou trois jours, qui survient parfois vers le septième jour, alors que l'espoir d'un succès pouvait être fondé. En dehors de ces cas de péritonite tardive, comme conséquences également de sutures insuffisantes, on a décrit des abcès sous-phréniques, sans qu'il soit possible cependant de nier la possibilité d'un enkystement de liquide faiblement septique, épanché dès le début dans la cavité péritonéale, et insuffisamment drainé, comme il arrive pour les collections du Douglas.

3° La suture présente des *inconvenients mécaniques*: au niveau du canal duodéno-pylorique, toute suture large entraînerait une *sténose*, réclamant la gastro-entérostomie complémentaire. Cette sténose est cependant plus souvent apparente que réelle et il est difficile d'apprécier le degré de rétrécissement au point de vue fonctionnel. Les observations classiques de GIBSON et GIRODE le montrent.

Sur l'homme, la sténose absolue empêchant tout passage d'aliments par le pylore ne paraît pas avoir été démontrée. La pièce de SOUPAULT, figurée par

MONDOR et LAURET dans leur livre, ne laisse passer par le canal pylorique qu'une sonde cannelée; une alimentation immédiate avait cependant été possible. D'autre part cette pièce fut prélevée trois jours seulement après la plicature; or, pour de nombreux auteurs, la sténose est transitoire, due d'abord à l'œdème. C'est également ce qu'ont montré les expériences sur l'animal, faites par ELIOT, par STEWART et BARBER, par METZGER: elles démontrent la possibilité, chez l'animal tout au moins, de pratiquer des enfouissements extrêmement larges, aboutissant vraiment à la suppression d'une grande partie de la circonférence pylorique, sans obtenir de fermeture définitive du pylore.

Il faut admettre cependant la possibilité d'une obturation passagère, simple gêne peut-être due à l'œdème et au spasme. La sténose véritable du canal pylorique paraît rare. L'estimation du degré de cette sténose est très difficile à faire au cours de l'intervention, et les suites opératoires mettent souvent les prévisions en défaut.

D'autre part, la plicature large entraînerait pour certains auteurs des troubles de la *motilité du corps de l'estomac*. En réalité, des comptes rendus de réinterventions ou d'autopsies, des examens radiologiques ont permis de constater, non seulement combien l'œdème autour de la lésion disparaît rapidement, mais encore que la cicatrisation est parfaite, après très peu de jours; dans un cas rapporté par P. GAY, quatre jours après la suture d'un ulcère extrêmement friable et largement induré, la suture simple a suffi pour

rendre aux parois stomacales leur souplesse et leur aspect presque normaux.

4° La suture, surtout renforcée par une épiplooplastie, ou un tamponnement, exposerait à la formation d'*adhérences périgastriques*, susceptibles de provoquer des troubles gastriques et douloureux, et gênants, si l'on est amené, du fait de la persistance de l'ulcère, à faire une seconde intervention.

Dans les cas que nous avons pu suivre, les adhérences n'ont amené aucun trouble ou douleur, et, si l'on considère les examens radiologiques que nous avons pu faire, on est frappé de voir que, dans l'immense majorité des cas, l'estomac est resté mobile, et le plus souvent d'une mobilité normale. Dans les cas de réintervention, nous n'avons jamais été particulièrement gênés du fait d'adhérences et l'ont est même frappé par une restitution anatomique souvent étonnante.

Modalités de la suture

Excision et thermocautérisation avant la suture: ces procédés d'exérèse limitée enlèvent l'ulcus et vont jusqu'à la limite des tissus macroscopiquement pathologiques. Comme le dit BASSET, il ne s'agit pas d'un avivement, d'un simple « parage » des bords: c'est en réalité l'exérèse de la totalité de la partie calleuse ayant pour objectif de supprimer la lésion causale et de porter la suture, selon la règle de la chirurgie intestinale, en zone normale aseptique, tenant bien les fils et compatible avec une réunion immédiate.

Les auteurs (DELORE, DUNET, BASSET) qui préconisent ce mode de traitement y trouvent deux ordres

d'avantages: 1° des avantages techniques immédiats: facilité de la suture; rapidité d'exécution, avantage indéniable sur l'exérèse large.

Mais il y a les conditions indispensables à leur bonne réalisation: accessibilité de l'ulcère, étendue limitée de la zone calleuse. Pour un petit ulcère lenticulaire de la face antérieure du corps de l'organe, on peut l'exciser en passant à un ou deux centimètres des bords et fermer sans rétrécir. Pour l'ulcère de la petite courbure, surtout s'il est haut situé, adhérent, cela devient difficile et moins sûr: l'excision en selle est d'exécution malaisée. LECÈNE et ses élèves ont montré dans ces cas les avantages de la plicature large, l'excision d'un ulcus induré sur la largeur de la paume de la main entraîne à de tels délabrements qu'il sera très difficile de les réparer, et sans avoir l'avantage d'une résection large, à savoir travailler en dehors de la réaction lymphatique inflammatoire, dont les limites microscopiques ne coïncident pas avec l'aspect macroscopique. D'où danger, dans ce procédé, d'infection des sutures et de déhiscence.

Pour l'ulcère juxta-pylorique, s'il repose sur une large base calleuse, il faut craindre les rétrécissements du canal pyloro-duodéal, ce qui nécessite une gastro-entérostomie complémentaire; c'est dans ce cas parfois qu'une pyloroplastie, après excision de l'ulcère, peut rendre service; c'est le procédé qu'a réglé DOWDEN (d'Edimburg). GIRODE, DEHELLY, GRIMAUULT ont utilisé le procédé de FINNEY, avec des résultats satisfaisants.

A la thermocautérisation seule, on peut objecter le reproche formulé par DELBET, qui trouve peu indiqué de préparer au fer rouge une suture. L'observation rapportée par MOURE en fait foi : lâchage de tous les points de suture d'un enfouissement d'un ulcère perforé de la première portion du duodénum, après BALFOUR. Notre statistique comporte trois cas où cette opération fut pratiquée. (Obs. I, II et III) avec trois insuccès.

L'excision au bistouri électrique semblerait plus logique.

2° Des avantages tardifs ont été attribués également à l'excision de l'ulcère : on supprimerait les complications graves d'hémorragie, de récurrence de perforation. En réalité, ces complications sont rares, même sans excision. Sur 120 cas, nous n'avons que deux cas d'hémorragie post-opératoire, et qu'un cas de perforation itérative. L'excision simple, ou le Balfour, ne suppriment pas la maladie ulcéreuse, et ne mettent pas à l'abri des récurrences. Ce n'est pas là du reste, à l'heure actuelle, ni sa prétention, ni son but.

b) LA SUTURE, AVEC GASTRO-ENTÉROSTOMIE COMPLÉMENTAIRE. — La gastro-entérostomie complémentaire est préconisée à deux titres différents : 1° pour les uns, elle est dite *de nécessité*, dans les seuls cas de rétrécissement apparent du canal pyloro-duodénal ; 2° pour les autres, elle est dite *de soulagement*, pour « détendre » les sutures, drainer l'estomac, favoriser l'alimentation précoce. A ce titre, elle est exécutée si les sutures ne sont pas satisfaisantes ; ou bien même

systématiquement, non seulement pour assurer un meilleur fonctionnement gastrique immédiat, mais encore dans le but d'améliorer l'avenir du perforé.

Après avoir examiné les avantages que lui reconnaissent les partisans de la méthode, nous étudierons les inconvénients.

AVANTAGES :

1° *Lorsqu'on n'a pas suturé la perforation*, la G. E. est utile à l'évacuation stomacale et peut assurer la guérison (véritable traitement indirect).

Certains reconnaissent cette indication dans les cas où la perforation unique est introuvable; d'autres dans les cas de perforations multiples. On l'a préconisée surtout lorsqu'on est dans l'impossibilité de suturer la perforation: associée au tamponnement avec drainage, elle a pu jouer un rôle dans la guérison de quelques cas (observations citées par GUIBÉ, d'après les auteurs américains). Le seul malade qui ait guéri sur les quatre pour lesquels nous avons eu recours au tamponnement, n'a pas eu de G. E. malgré le siège duodénal de son ulcère.

Pour RICARD, le temps essentiel du traitement de la perforation est bien la G. E., elle pourrait se passer de la suture, six fois sur 21 cas, RICARD n'a pas suturé, et a guéri ses malades par une simple G. E. A la Société des Chirugiens de Paris, MONCANY a soutenu la même doctrine.

On peut s'étonner cependant que plusieurs auteurs aient pu préconiser et défendre un pareil traitement. Il semblerait que le danger de laisser une perforation

non suturée soit plus grand que le risque opératoire d'une intervention plus complète, la résection. Et l'on est frappé par l'illogisme de cette opinion, quand on pense à la fréquence du reflux duodénal dans l'estomac, après G. E.

2° *La G. E. permet d'éviter le rétrécissement pylorique*: il est clair que l'indication dominante de la G. E. complémentaire se trouve dans le rétrécissement du canal duodéno-gastrique qui résulte du rapprochement des points, dans les ulcères du siège juxta-pylorique, malgré la suture transversale de l'incision axiale, à la Heinicke-Mikulicz; ce qui, pour certains, prouve le rôle indispensable de cette G. E. c'est la constatation radioscopique, chez des malades suturés et dérivés, du fonctionnement exclusif de la bouche anastomotique, le pylore étant exclu par la suture rétrécissante. Nous avons vu que le véritable rétrécissement fonctionnel est bien rare, et des auteurs comme CADENAT, ont prêché l'inutilité de la G. E. qui ne leur paraît jamais indiquée. D'autres, et c'est la majorité en France, l'estiment souvent indiquée (HARTMANN, GOSSET, LECÈNE, OKINCZYK, BAZY, BAUDET, DELORE, BÉRARD, TIXIER, PATEL, SANTY, ALAMARTINE...).

3° Ces mêmes auteurs, en effet, lui accordent un autre avantage immédiat: c'est de « *détendre* » de *soulager les sutures*, elle crée une « soupape de sûreté » (LERICHE) qui lutte efficacement contre la mise en tension de la suture. Ce rôle est surtout temporaire (RICARD). Pour de nombreux chirurgiens

(anglo-américains, PATTERSON, en particulier), la G. E. est le complément indispensable de la suture.

Selon certains, pour peu que la suture paraisse déficiente, que l'ulcère soit induré et friable, la sagesse donne formellement l'indication de la soulager par une dérivation, d'autant plus que les travaux d'HARTMANN et de SOUPAULT, et ceux de SENCERT, tendent à démontrer, que, malgré la liberté de la voie pylorique, l'anastomose fonctionne au moins suffisamment pour avoir une action efficace.

Ce rôle de soupape de sûreté a été vivement critiqué et qualifié même de purement théorique (DUVAL et GRÉGOIRE): on sait qu'il existe un certain délai pendant lequel la G. E. ne fonctionne pas; d'autre part il est classique de dire que la bouche ne fonctionne pas si les voies naturelles pyloro-duodénales sont perméables, l'examen radioscopique des malades en fait foi.

Le danger de lâchage des sutures est minime si l'ulcère a été correctement suturé; seules les statistiques comparatives entre ruptures itératives après suture simple et après suture avec G. E. pourraient éclairer le problème. PATEL a signalé un cas de désunion de la suture malgré la néostomie; HUSTON en signale un autre cas. La G. E. ne suffit donc pas à éloigner tout risque de déhiscence itérative. L'état infectieux des parois gastriques compte. Cependant, « une suture bien faite, complétée par un enfouissement aux dépens des tissus sains environnants, avec épiplooplastie, évite plus souvent cette complication qu'une mauvaise suture avec gastro-entérostomie, et s'il n'existe pas de rétrécissement pylorique, il est à crain-

dre que la néostomie ne soulage pas beaucoup plus une suture mal faite que le pylore perméable » (MONDOR et LAURET).

4° *La G. E. préserve contre des complications graves*: l'éventualité de la perforation d'un autre ulcus ou l'apparition d'une hémorragie.

Cependant LARRIEUX a pu réunir 81 observations de perforations survenues chez 10.500 gastro-entérostomisés.

Dans notre observation XXVIII, un malade perfore un ulcère, malgré une gastro-entérostomie faite antérieurement. Dans l'observation XXXIV, une perforation itérative, tardive, se produit chez un homme qui, à la première intervention, eut une gastro-entérostomie au bouton.

La G. E. est parfois impuissante à arrêter l'évolution d'ulcères particulièrement rapides dans leur marche vers la perforation (CHIFOLIAU, BOPPE, CADE-NAT) ou l'hémorragie. Dans notre observation XVIII, un malade, traité par suture simple, présente au huitième jour, une hématémèse, dont il se remet. Par contre, dans l'observation LXXII, opéré par suture et gastro-entérostomie large, le malade meurt d'hémorragies. ELIOT a rapporté 31 cas d'hémorragies survenues malgré la G. E., et qui souvent furent mortels.

5° *L'avenir du perforé est mieux assuré par la G. E. complémentaire.*

Les avantages tardifs de la gastro-entérostomie sont, d'après certains moins discutables que les avan-

tages immédiats, et la valeur curative de la gastro-entérostomie, dans un grand nombre d'ulcères, duodéno-pyloriques surtout, n'est plus à démontrer. GUILLEMINOT et LATREILLE, chauds partisans de la G. E. systématique, attribuent leurs bons résultats éloignés à la proportion énorme (90 pour 100) d'ulcères pyloro-duodénaux qu'ils ont rencontrés. Il faut faire appel ici à la statistique, et nous verrons, à propos des résultats éloignés, ce qu'il faut penser de la valeur de la G. E. au point de vue de l'avenir du perforé.

RÉPROCHES ADRESSÉS A LA G. E. COMPLÉMENTAIRE

Les principales critiques opposées à la G. E. sont les suivantes :

1° Il faut faire entrer en ligne de compte la mortalité propre de cette opération, mortalité alourdie encore par les mauvaises conditions où l'on est appelé à l'utiliser.

2° Elle aggrave l'intervention, du fait de sa prolongation, elle allonge la durée de l'anesthésie et augmenterait ainsi les risques de complications pulmonaires, elle augmente le shock.

A cela, les Lyonnais DELORE, RICARD... répondent que la G. E. ne prolonge l'opération que de quelques minutes, si l'on emploie le bouton de JABOULAY ou de VILLARD.

3° Elle risque de diffuser l'infection, à l'arrière-cavité des épiploons, à la partie supérieure de l'étage sous-mésocolique; elle est mal indiquée, faite sur des

parois gastriques et un péritoine enflammés, et tiendra mal; elle peut être difficile à réaliser du fait d'adhérences périgastriques.

Cette dernière éventualité est extrêmement rare; s'il est difficile d'extérioriser l'estomac, il est plus prudent d'abandonner la néostomie, ou de faire une G. E. antérieure. Par ailleurs, d'aucuns (RICARD en particulier) prétendent que l'inflammation du péritoine, loin de contre-indiquer l'anastomose, en favorise l'étanchéité rapide; et pour eux, les manœuvres très limitées ne risquent pas de diffuser l'inflammation: elle l'est d'ailleurs déjà; le plus souvent à l'ouverture du ventre, le liquide est répandu partout; ce liquide dans les premières heures est pour ainsi dire aseptique et l'objection n'aurait de valeur que dans le cas de péritonite. Tout le monde semble d'accord sur ce point. Par contre, la plupart semble estimer qu'il faut effectuer un minimum de manœuvres lorsque l'infection semble s'être localisée. Telle est l'opinion de P. DELBET (*Société Nationale de Chirurgie*, 2 juin 1921).

4° Enfin, nous avons déjà dit que des chirurgiens, avec CADENAT, considèrent la G. E. comme *inutile*, parce que ne fonctionnant pas bien, le pylore restant perméable, et parce que les malades guérissent sans elle.

Or, il est indéniable que l'on a pu vérifier radioscopiquement le fonctionnement de la bouche, et, d'autre part, celle-ci n'est pas toujours inutile: DUVAL, OKINCZYK, BAUDET, BRAINE ont dû réintervenir dans

les jours suivant immédiatement, dans des cas où ils avaient jugé la G. E. inutile.

Modalité: gastro-entérostomie à la suture ou au bouton? Chaque procédé a ses avantages et ses inconvénients, ses défenseurs et ses détracteurs.

La *G. E. à la suture* est plus satisfaisante parce que plus large, et ses résultats éloignés sont certainement plus sûrs, quoiqu'en disent les Lyonnais. Mais trois reproches dans le cas particulier peuvent lui être adressés : 1° elle est d'exécution plus longue; 2° son fonctionnement n'est pas immédiat comme celui du bouton qui assure une béance immédiate parfaite; 3° effectuée dans de mauvaises conditions, les sutures seraient moins sûres qu'un bouton bien posé.

Quelques chirurgiens exécutent la G. E. à la suture très rapidement, PATERSON n'y met que cinq à sept minutes, ils la font en deux ou même en un plan avec écrasement de la muqueuse (PAUCHET), mais, en dehors peut-être d'une virtuosité exceptionnelle, cette rapidité est à l'encontre de la sécurité. La G. E. à la suture fonctionne en général immédiatement, si le pylore est sténosé et l'estomac sous tension. Enfin, la technique du bouton est aussi difficile que celle de la suture, pour qui veut l'exécuter correctement, et demande en tout cas une habitude et un entraînement aussi grands.

Quant à la *G. E. au bouton*, on peut lui adresser de sérieuses critiques, même bien exécutée, elle ne met pas à l'abri de certaines complications plus ou moins graves: rétention du bouton, occlusion par le bouton,

sténose de la bouche, ulcère peptique, voire même insuffisance de l'étanchéité.

Dans un cas mortel, où le malade semblait aller bien jusqu'au quatrième jour, puis présenta une péritonite rapidement fatale, nous avons trouvé à l'autopsie, un bouton qui ne tenait presque plus: une très légère traction en sépara les deux parties: il s'agissait certainement d'un défaut du matériel. Même en l'entretenant soigneusement, en essayant le bouton au moment de l'emploi, on ne peut éviter cet écueil d'une façon certaine. De plus, l'œdème, l'épaississement des parois gastriques, au moment de l'intervention, disparaissent parfois très rapidement; le bouton dès lors n'est plus assez serré; l'étanchéité en peut devenir compromise, de même que l'élimination du bouton retardée.

Dans deux cas, nous avons pu observer la *réten-tion du bouton*. Dans le premier, des examens radiologiques répétés permirent de voir le bouton en place, et d'ailleurs parfaitement toléré, jusqu'au sixième mois (Obs. LXVIII). Dans le deuxième, le bouton, qui était resté en place depuis deux ans, détermina une occlusion grave (Obs. LXXIX).

Dans trois autres cas, nous avons dû réintervenir pour *sténose de la bouche*, après deux ans (Obs. LIX); après trois mois (Obs. CI) et trois mois également (Obs. CV). Ces trois malades avaient recommencé de souffrir, et vomissaient. Une nouvelle stomie à la suture les a définitivement guéris.

On a dit également que le bouton favorisait davantage l'évolution d'ulcères peptiques. Nous n'en avons

jamais observés, sur 37 cas opérés par ce procédé, et dont 22 ont été suivis à longue échéance. Nous sommes loin du pourcentage donné par HENLE, de 27 % d'ulcères peptiques après G. E. dans les ulcères perforés.

c) LA GASTRO-PYLORECTOMIE. — Avec ses nombreuses modalités, la gastropyloréctomie est utilisée à deux fins différentes: 1° pour les uns, elle n'est exécutée qu'en seul cas de nécessité; 2° pour d'autres, elle est, en tant que procédé de choix, pratiquée systématiquement à chaud, chaque fois qu'elle est réalisable, dans le but d'éviter des complications parfois sévères, et d'améliorer les résultats éloignés.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre dans notre travail sur la valeur de la résection gastrique en cas d'ulcère perforé, procédé dont nous n'avons pas l'expérience en pareil cas; et cette étude à elle seule, suffirait à une autre tâche. La question a soulevé des discussions ardentes, qui ne paraissent pas près de s'éteindre, et qui ont fait l'objet de travaux récents: P. DUVAL (*Société de Chirurgie*, 1922 et 1924, et in thèse LEROY, 1931); JUDINE (*Société de Chirurgie*, 1929, 1931, 1933); Thèse d'OLIVIEZ (Lille 1935); BROCC (rapport à l'Académie de Chirurgie, juillet 1936)... pour ne citer que quelques textes importants publiés en France.

Nous nous bornerons, comme pour les autres procédés, à critiquer rapidement les avantages et les inconvénients de la méthode.

AVANTAGES :

1° Dans les cas dits de « *nécessité* » :

A première vue, la résection large paraît non seulement légitime, mais encore très avantageuse lorsque le traitement de la perforation est impossible à appliquer par une autre méthode courante.

C'est surtout dans les cas d'ulcères calleux que la résection a été pratiquée au début, dans des conditions défavorables à la suture. « La perforation est au centre d'un placard induré très large, dont l'étendue et le siège rendent l'excision impossible: il faut donc passer les points en pleins tissus calleux; les fils perforants coupent les bords friables ». C'est ce qui amena GAUTHIER, LAPOINTE, MICHON, ABADIE, TECOMENNE à pratiquer pour ainsi dire malgré eux, une résection immédiate.

MONDOR pense que l'enfouissement n'est jamais impossible et cite deux observations personnelles, et un cas de LECÈNE où les auteurs bien que se trouvant dans des conditions défavorables, ont pu suturer et enfouir les perforations.

GUIBAL rejette la suture et croit l'indication formelle de la gastrectomie: « Viendrait-il à l'esprit d'un chirurgien de suturer les bords indurés, atones et infectés d'une plaie quelconque et d'en escompter la guérison par première intention? ».

RICHARD pense que le fait de travailler en tissus sains est dans les cas d'ulcères calleux un argument en faveur de la gastrectomie: « la résection large pratiquée dans les ulcères perforés au cours des six

à dix premières heures est plus logique qu'une excrèse localisée risquant de passer en pleine zone hyperseptique, d'après les travaux de P. DUVAL ».

La gastro-pylorectomie est-elle le seul moyen de traiter une perforation qui paraît impossible à suturer? L'évaluation de cette nécessité est fort variable, suivant les chirurgiens. Pour certains, les indications en sont très rares. Il leur semble que la plicature large permet de réaliser une fermeture étanche, que les premiers essais faisaient croire impossible.

D'autres prétendent que souvent il ne faut pas perdre de temps à exécuter des manœuvres qui risquent de rester stériles, et qu'il faut, devant certains ulcères, semblant difficiles à suturer, pratiquer la résection d'emblée; que la résection large, bien réglée, n'est ni plus longue, ni plus grave qu'une intervention mal réglée et imparfaite. Si, après un essai loyal de plicature, on estime que persévérer serait inutile, au lieu d'avoir recours aux procédés de fortune, souvent désastreux, il semble logique de pratiquer une résection, si l'état général du malade et sa résistance permettent un espoir. Mais il s'en faut que tous les cas tamponnés, drainés, dérivés, puissent être considérés comme tributaires de la gastrectomie.

Cependant, la preuve est faite maintenant que cette intervention peut être pratiquée légitimement et avec succès sur des malades encore résistants; il existe des cas où la résection devient l'opération d'urgence, « où le maximum de la méthode devient le minimum nécessaire ». Ces cas restent malgré tout certaine-

ment rares, et la nécessité de la résection a peut-être été invoquée trop souvent.

2° Dans les *ulcères multiples* dont nous avons déjà étudié la fréquence, et à plus forte raison, en cas de *perforations multiples*, la gastrectomie trouve également des avantages.

Le facteur temps joue moins, il n'est pas beaucoup plus long de pratiquer une résection que de suturer deux perforations et d'y adjoindre une gastro-entérostomie, rendue difficile parfois par l'existence d'un deuxième ulcère.

Un argument de valeur est la méconnaissance possible d'une deuxième perforation, cause d'échec de la suture, c'est là un risque qui existe beaucoup moins avec la résection.

3° La gastrectomie améliore la *qualité de la guérison*, et met à l'abri dans une très large mesure, des complications telles que récurrence de l'ulcère, ulcères peptiques, hémorragies, perforations itératives, cancérisation de l'ulcère, ou poursuite de l'évolution d'un cancer méconnu, lors d'une intervention pour perforation cancéreuse (cas rapportés par MIGINIAC, HORN, MILIANITCH, RADOIEVITCH).

C'est incontestable, mais de très nombreux chirurgiens, avec DENCKS, VILlich, WOLFF, ainsi que GOSSET et MICHON, en France, préfèrent sauver leurs malades par une intervention d'urgence, minima, et réintervenir ultérieurement par une opération radicale.

REPROCHES ADRESSÉS A LA GASTRO-PYLORECTOMIE

1° Un des reproches les plus couramment formulés contre la gastrectomie d'urgence est *la durée de l'intervention*. Ce reproche est absolument indéniable pour un ulcère perforé en tissus souples, dans lequel la suture simple demandera seulement quelques instants. Dans les cas d'ulcère calleux difficile à suturer, si la plicature nécessite une gastro-entéroanastomose complémentaire, la durée des deux interventions est sensiblement la même, s'il est vrai que la pylorectomie à chaud est d'une facilité d'exécution remarquable » (GANDUSIO). Mais il faut tenir compte des difficultés techniques que l'on rencontre au cours des interventions d'urgence avec anesthésie tumultueuse, un personnel mal entraîné aux exigences d'une intervention qui, à froid, demande un temps relativement considérable et présente une gravité réelle.

2° Un argument souvent opposé au principe de la gastrectomie d'emblée, c'est la *disproportion entre l'importance de l'acte opératoire et l'état général du malade*.

Il est souvent difficile d'apprécier l'état exact du sujet, en effet, entre les deux phases de shock du début et de péritonite de la fin, il existe souvent une période d'accalmie, d'amélioration, qui peut être trompeuse.

Par ailleurs, il y a un fait qui est très frappant au point de vue clinique, c'est de constater que bien des malades atteints de perforation gastrique, qui offrent une réaction locale d'une intensité dramatique, pré-

sentent un état général peu touché, une fièvre peu élevée, un pouls bien frappé, et qu'ils conservent, en effet, un état de résistance bien marqué, qui leur permet de guérir simplement quand on les a opérés » (L. BAZY).

Il faut reconnaître, par contre, qu'actuellement encore, dans les conditions de moindre résistance où nous sont livrés les malades, trop souvent l'état du sujet continuera à nous imposer l'intervention la plus simple et la plus courte. L'importance du shock opératoire, de la durée de l'intervention devient un élément décisif de pronostic, de même que l'heure de l'intervention en domine l'issue.

3° Encore bien plus qu'à la G. E. complémentaire, on pourrait reprocher à la gastrectomie *la diffusion de l'infection abdominale*. A cela les protagonistes de la méthode répondent qu'avant la douzième heure, la réaction péritonéale, d'origine toxique ou nerveuse, n'est pas microbienne; et que la pylorectomie comme la G. E. ne nécessite de manœuvres que dans l'étage sus-mésocolique de l'abdomen.

4° *La gravité de la pylorectomie à chaud* est diversement appréciée, suivant les statistiques: de pylorectomie de nécessité, pratiquées dans les cas difficiles (HARTMANN), contre les statistiques, étrangères surtout, dans lesquelles il est possible que la gastrectomie ait été réservée aux bons cas. Les résultats dépendent, en effet, à la fois d'indications opératoires et d'une technique impeccables. Réservée aux malades vus avant la douzième heure, avec un état général et âge suffisants, la gastrectomie d'urgence ne serait pas d'une gravité redoutable.

5° Même s'ils reconnaissent une égale gravité à la gastropyloréctomie, certains partisans de la suture admettent, chiffres en mains, que la résection ne donne pas de *meilleurs résultats éloignés que les méthodes palliatives* (LECÈNE, ROUX, HOCHENEGG). DELREZ estime que dans la moitié des cas au moins, la résection serait superflue; la perforation est suivie de guérison définitive dans plus de 48 % des cas, dans les statistiques les plus défavorables à la suture simple. C'est encore en étudiant les résultats, immédiats et éloignés, qu'il faut comparer la valeur de la résection avec celle des méthodes palliatives.

Modalités. — Les procédés de gastro-pyloréctomie utilisés sont nombreux. OLIVIEZ, dans sa thèse, a pu réunir 304 cas où le mode de résection était indiqué: 103 PÉAN; 175 BILLROTH II; 12 POLYA; 14 REICHEL-HOFMEISTER.

DUVAL, JUDINE, recommandent et utilisent souvent le Péan, comme le procédé le plus physiologique et de plus assez rapide. Le Billroth II, également assez rapide, peut l'être encore davantage par l'emploi du bouton (DELORE). Le procédé de Polya, *a priori*, est plus rapide que le Billroth II, et plus facile. Il a cependant été peu employé. Quant au procédé de Hofmeister-Finsterer, il comporte plus de sutures et paraît trop long, pour pouvoir être couramment utilisé dans les résections pour ulcères perforés.

CHAPITRE III

LE DRAINAGE

La question du *drainage*, après l'intervention, a suscité également des discussions contradictoires. Faut-il drainer le péritoine par un drain dans le Douglas? Actuellement de nombreux chirurgiens s'appuyant sur les complications consécutives au drainage, penchent en faveur de la négative.

Cependant, l'indication du drainage reste formelle toutes les fois que la perforation date de plus de 12 heures et, quel que soit l'horaire de la perforation, quand les liquides sont très abondants, malodorants, bactériologiquement septiques, enfin quand la perforation s'accompagne d'une réaction thermique notable. C'est l'avis énoncé par LECÈNE, TIXIER et CLAVEL, et bien d'autres. Dans tous les autres cas, on peut procéder à la fermeture totale, après évacuation aussi complète que possible des liquides.

En effet, à côté de ses avantages indubitables, le drainage sus-pubien du Douglas offre des inconvénients certains: immédiats, secondaires, tardifs:

Immédiats: d'ordre technique par la possibilité de blessures de la vessie, faciles à éviter par l'évacuation préalable de ce réservoir, et si l'on pratique l'incision plan par plan, où à la rencontre d'une pince courbe introduite par la laparotomie sus-ombilicale.

Secondaires: béance de la plaie et infection péritonéale de dehors en dedans (CHABRUT, RICARD), occlusions par adhérence des anses grêles autour du drain (DESJACQUES, ROCHET, POLLOSSON, AMELINE et FOLLIASSON, DULAC, MOIROUD), éviscération d'une anse grêle (PERYES et PATEL; observation personnelle CXIII).

Eloignés: éventrations, adhérences douloureuses, ou génératrices d'accidents occlusifs.

Enfin, le principe même du drainage sus-pubien est critiquable.

Il ne draine que le fond du Douglas, mais laisse la possibilité de collections secondaires, organisées sur le trajet que suivent les liquides (abcès sous-phréniques, abcès iliaques droits, voire même collections du Douglas), cas de TIXIER et de CLAVEL, observation personnelle CXVI.

MONDOR déclare « avoir horreur de ce long tube qui a prétention de drainer ».

On peut conclure avec PATEL et DESJACQUES, que « le drainage sus-pubien tel qu'on le pratique actuellement, devient inefficace au bout de quelques heures et qu'il peut être quelquefois dangereux ou simplement inutile ».

Cependant, nous croyons avec Robert SOLE « qu'il serait téméraire et de résultats désastreux d'éviter de drainer pour empêcher les complications, somme toutes assez rares ».

Mais « il faut pratiquer une incision minime faite très près du pubis, reconnaître la vessie, la refouler et glisser par une petite ouverture péritonéale sur le

péritoine qui tapisse la paroi vésicale supérieure le drain qui gagnera naturellement le cul-de-sac rétro-vésical » (ROCHET). De plus, il y a intérêt à laisser le drain peu de temps en place: au bout de 24 à 48 heures, il faut le retirer. ROCHET enlève le drain au bout de 8 heures.

Dans un cas, nous avons vu se produire une incarceration d'anse grêle dans l'orifice de drainage resté béant, nous avons imprudemment retiré le drain le troisième jour seulement (obs. CXIII). Cet accident est imputable, non pas au principe même du drainage sus-pubien, mais à une erreur dans son application.

Enfin, les orifices latéraux du drain doivent être petits, sinon l'intestin peut s'y engager partiellement et créer des ennuis sérieux.

Quoi qu'il en soit, pour éviter les inconvénients du procédé, on a proposé des tactiques différentes:

1° Abstention systématique du drainage, les 12 premières heures, tout au moins (LECÈNE, CHABRUT, PATEL et DESJACQUES).

2° Le drainage par incision iliaque droite (CADENAT, TIXIER et CLAVEL, nous paraît présenter autant d'inconvénients.

3° L'aspiration des liquides par incision sus-pubienne avec fermeture immédiate de cette incision (AMELINE et FOLLIASSON, PATEL et DESJACQUES) prend au drainage sus-pubien ses avantages, et supprime ses inconvénients, elle serait aussi efficace, et utile presque toujours.

4° R. BERNARD attribue à la mauvaise qualité des sutures, la majorité des échecs, par filtration septi-

que, ou par fistule duodénale (cas de Monlonguet, de Chaton). Il préconise, par suite, le méchage, au contact des sutures. D'autres accusent cette façon de faire de favoriser le lâchage des points et de provoquer des escharres et des fistules gastriques ou duodénales.

La fermeture de la paroi, après incision sus-ombilicale, et cure d'un ulcère perforé, prête peu à discussion. Le procédé doit être rapide et sûr. La laparotomie sus-ombilicale médiane se prête à une fermeture rapide, en un seul plan, ou en deux plans. En un plan aux fils de bronze, ou par des points séparés à la grosse soie n° 4 ou 6; en deux plans au crin. L'emploi de fils non résorbables permet d'éviter les éviscérations post-opératoires, et les éventrations tardives. La fermeture en deux plans aux crins perdus, mettrait plus sûrement à l'abri des éventrations, que l'on verrait survenir quelquefois, après fermeture en un plan. En réalité, surtout si le malade est arrivé tardivement, il est bien difficile d'escompter une stérilité parfaite du matériel de suture inclus dans la paroi : la garniture des lèvres de l'incision, le changement de gants et d'instruments pour le temps pariétal de la fin, ne permettent pas sûrement d'éviter les souillures par le liquide intra-péritonéal; et dans ce cas, les crins sont mal tolérés par la paroi; et le lin encore plus; souvent la paroi suppure abondamment.

Dans un cas récent, où nous avons crû pouvoir fermer en deux plans, parce que le malade avait été opéré la troisième heure, une éviscération post-opéra-

toire contribua certainement à l'issue fatale (obs. CXIII). Une suppuration pariétale s'était établie, et une déhiscence totale de l'incision xypho-ombilicale se produisit le cinquième jour.

Dans la très grande majorité de nos observations la fermeture a été faite en un seul plan, aux crinos, et plus souvent à la grosse soie. Sur 44 malades ainsi suturés, et revus, nous n'avons noté que deux éventrations tardives: l'un fut opéré la septième heure (obs. XLVIII), l'autre la première heure (obs. CIV) et cependant la paroi suppura.

Dans un autre cas (obs. XLVIII) il s'agissait d'une incision para-médiane, type Jalaguier, à travers laquelle un tamponnement d'un ulcère perforé duodénal fut ménagé: l'éventration était inévitable.

En somme, bonne qualité de la cicatrice obtenue par la suture en un plan. Et cependant, rares sont les parois qui ne suppurent pas tout au moins légèrement, autour des fils, que nous ne retirons que le quinzième jour.

TROISIÈME PARTIE

Pronostic et Résultats

CHAPITRE PREMIER

PRONOSTIC GÉNÉRAL

Après quelques considérations sur le *pronostic général* des perforations gastro-duodénales en péritoine libre, nous aurons à traiter successivement des résultats opératoires immédiats, et des résultats éloignés. A cette occasion, nous comparerons les chiffres de notre statistique personnelle à ceux que différents auteurs ont pu fournir. C'est d'une appréciation aussi exacte que possible de ces résultats que l'on peut tirer des conclusions au point de vue indications thérapeutiques; et les bases d'une étude de ces résultats immédiats, et surtout éloignés, ne sont pas encore établies sur des documents très nombreux.

Une perforation gastro-duodénale en péritoine libre, c'est la mort à coup sûr, dans 95 % des cas, et la mort rapide, en 2 ou 3 jours par collapsus algide, si l'on n'intervient pas d'urgence. Abandonnée à elle-même la maladie évolue, en effet, vers la péritonite diffuse.

Il y a quarante ans, pas un malade, en France, n'avait été guéri d'un ulcère perforé: la première guérison est de MICHAUX, en 1894. Il y a vingt ans, sur 47 opérés, 36 avaient succombé. Aujourd'hui, à

la seule condition d'être à l'heure, l'acte opératoire peut guérir 8 à 9 malades sur 10.

L'évolution rapidement fatale vers la péritonite diffuse et la mort, en cas d'abstention opératoire, est la règle; mais, dans des cas exceptionnels, la maladie peut tourner court, évoluer vers la péritonite enkystée, voire même la guérison spontanée: l'ulcère s'est bouché secondairement. Et cependant, même dans cette éventualité, le pronostic reste incertain, et les malades restent exposés à des accidents souvent très graves, qui font que ces sujets doivent cependant être opérés immédiatement, si le diagnostic de perforation couverte a pu être établi précocement (Thèse GRUNFELD, Paris 1932).

Nous n'en voulons pour preuve que les deux cas récents que nous avons observés, et que nous voulons résumer succinctement. Dans un cas, nous avons différé l'intervention, sur la foi d'un article de MM. COSTANTINI et CURTILLET (Revue de Chirurgie, avril 1936) concernant les ulcères perforés bouchés, et dans lequel les auteurs conseillent, dans les cas vus après la 36° ou la 48° heure, de laisser « refroidir ».

M. F..., 59 ans, journalier, souffrait de l'estomac depuis 18 mois. Le 30 juin 1936, il est pris d'une douleur subite très intense, avec état lipothymique. Nous le voyons le lendemain soir: la douleur s'est apaisée, l'état général ne paraît pas touché, l'abdomen est souple, légèrement ballonné et hyperesthésié au niveau de l'épigastre. La percussion révèle une disparition de la matité hépatique, sur deux travers de doigts au-dessus du rebord costal. Repos au lit, glace sur le

ventre, diète, et goutte-à-goutte rectal de sérum glucosé. L'état local et général reste stationnaire, plusieurs jours, puis la fièvre s'allume, l'épigastre se ballonne davantage. La température devient hectique, l'état général s'altère. Une radiographie montre l'existence de gaz sous la coupole diaphragmatique, et d'une collection hydro-aérique épigastrique, indépendante de la cavité gastrique. Le 10 juillet, incision médiane sus-ombilicale au niveau de la tuméfaction, on ouvre un volumineux abcès sous-phrénique. Drainage, guérison.

Le deuxième cas fut encore plus sévère; et nous perdîmes le malade: L... E..., 35 ans, tueur d'abattoir, depuis 20 années, souffrait de l'estomac, par crises espacées d'un ou deux ans. Il y avait quinze jours qu'il avait été pris d'une douleur très violente, brutale; il en avait perdu connaissance. On le conduisit dans un hôpital des Vosges, où il reçut des soins médicaux. L'état général s'altérant considérablement, on nous l'envoie, le 29 mai 1936: faciès émacié, température à 38°, respiration courte à type thoracique supérieur. L'abdomen est très distendu, ballonné, tympanique, et la matité hépatique entièrement disparue. Violentes crises abdominales douloureuses.

Polynucléose à 61 %. Légère anémie. 4.650.000 globules rouges au mmc.

Une radiographie nous montre l'existence d'une énorme collection abdominale, refoulant le diaphragme à droite jusqu'au 5^e espace intercostal. On devine à peine l'ombre du foie.

Une intervention consiste à réséquer en arrière un segment de la dixième côte. Les plèvres se trouvent accolées. On ouvre largement par voie transdiaphragmatique une collection sous-phrénique qui donne issue à plusieurs litres de liquide fétide.

Malgré le drainage, le malade meurt, trois jours plus tard, de cachexie infectieuse.

Ces deux exemples n'ont pour seul but que de montrer toute la gravité des ulcères perforés, non opérés, même lorsqu'ils évoluent en péritoine cloisonné secondairement. L'indication opératoire est donc absolue, que la perforation soit vue tôt ou tard (MONDOR et LAURET).

CHAPITRE II

RÉSULTATS OPÉRATOIRES IMMÉDIATS

L'intervention précoce, systématique, a transformé le pronostic de la maladie. LECÈNE et MONDOR, en 1923, sur 16 opérations n'avaient qu'un seul décès; John DEEVER n'a eu qu'une mort sur 24 cas; WOLFSON et GRAY, SCHWARZ (de Kiev) ont publié des statistiques réunissant 39 interventions avec 37 guérisons. Nous-mêmes avons eu des séries de 10, 15 interventions sans décès. Des chiffres beaucoup plus beaux encore ont été publiés, même par les gastrectomistes systématiques (JUDINE: 12 % de mortalité générale, sur les 212 derniers cas).

Mais il s'en faut que toutes les statistiques donnent un pourcentage aussi élevé de guérisons. Dans une statistique récente, portant sur 152 cas, LANG, de Berlin (in « Buns' Beiträge zur klinischen Chirurgie », juillet 1935, p. 143) accuse une mortalité globale de 45,4 %.

Notre statistique de 120 observations, groupant tous les cas, même les plus mauvais, nous apporte 41 décès, soit 34 % de mortalité globale environ. De tels chiffres ont besoin d'être démembrés pour don-

ner une juste idée de la gravité de la maladie, la mortalité étant fonction de nombreux facteurs, tous importants, et qui souvent d'ailleurs s'intriquent d'une façon telle qu'il est cependant impossible d'accréditer aux nombres une valeur absolue: un cas donné peut grever les résultats pour une raison, l'heure pardive où l'opération a eu lieu par exemple, et rentrer par ailleurs dans les bons cas, pour une autre raison, le jeune âge du sujet, ou le type anatomique de la perforation, par exemple.

Il faut toutefois étudier la mortalité opératoire, en fonction de divers facteurs, dont les plus importants sont certes: l'heure de l'intervention, l'âge du malade, le terrain; moins évidents nous paraissent: l'intensité de la réaction péritonéale, le moment de la période digestive, l'état d'infection de la lésion ulcéreuse; la quantité, la bactériologie du liquide intra-abdominal, et son acidité; le siège de la perforation et ses dimensions, son oblitération relative; la nature de l'opération pratiquée, la question du drainage... Tous ces facteurs, quelle que soit leur importance, indéniable, sont cependant secondaires, et soumis au facteur temps écoulé et réactions de défense de l'individu: telle perforation large, infectée, survenue à l'état de réplétion gastrique, et traitée par une intervention complexe, aura cependant beaucoup plus de chances de guérison, parce que le malade est jeune, résistant, et qu'il aura été opéré de bonne heure.

*Rapport entre la mortalité et le délai écoulé
entre la perforation et l'opération*

Dans 96 cas, parmi nos observations, le laps de temps écoulé a été noté avec précision :

- de 0 à 6 heures : 41, soit 42,7 % des cas ;
- de 6 à 12 heures : 22, soit 22,9 % des cas ;
- de 12 à 24 heures : 17, soit 17,78 % des cas ;
- plus de 24 heures : 16, soit 17,39 % des cas ;

et parmi ces derniers cas, 8 de 24 à 36 heures, et 8 de plus de 36 heures.

Dans 65,6 % des cas seulement, les malades ont pu être opérés avant la 12^e heure, et la mortalité globale doit se trouver grevée du pourcentage élevé de très mauvais cas, vus tardivement.

Or, parmi les 96 cas que nous envisageons, la mortalité se répartit comme suit :

- de 0 à 6 heures : 6 morts sur 41 cas, soit 14,6 %
- de 6 à 12 heures : 12 morts sur 22 cas, soit 54,5 %
- de 12 à 24 heures : 10 morts sur 17 cas, soit 58,8 %
- de 24 à 36 heures : 2 morts sur 8 cas, soit 25 %
- plus de 36 heures, 5 morts sur 8 cas, soit 62,5 %

Ces chiffres semblent à première vue paradoxaux ; d'une part, la mortalité est assez élevée pour les cas vus précocement, de 0 à 12 heures ; d'autre part, le pourcentage de 25 % de mortalité des malades opérés de la 24^e à la 36^e heure, est faible. Pour ces derniers cas, de même que pour ceux qui ont été opérés encore

plus tardivement, il est juste de dire que souvent seuls ont subi une intervention les sujets qui semblaient encore devoir en faire les frais, et que d'autres malades, déjà mourants au terme échu, ne nous ont pas été envoyés, ou ne furent pas opérés. Quant aux cas précocement opérés, d'autres facteurs sont entrés en jeu, et en particulier le facteur terrain, dont l'âge du sujet n'est pas un des moindres éléments. Parmi les morts, de 0 à 6 heures, nous relevons en effet l'âge de 55 ans, 53 ans, 49 ans, et un autre cas (Obs. LXXXVII) où le malade, porteur d'une hernie diaphragmatique, est atteint de longue date de myocardie chronique; parmi les morts de 6 à 12 heures, nous relevons l'âge de 61 ans, 47 ans, 57 ans, 76 ans, 48 ans, 54 ans, 46 ans, 75 ans, et par contre, un homme de 28 ans, apparemment résistant, opéré la 9^e heure, d'un ulcère du pylore, meurt le 6^e jour (Obs. LX).

Remarquons, au sujet du facteur temps écoulé, qu'il est acquis par les statistiques, que de la douzième à la vingt-quatrième heure, le malade perd plus de la moitié de ses chances de survivre. La mortalité, réduite de 10 à 15 % pour les cas opérés avant la 6^e heure, s'élève au-dessus de 20 % à la 12^e heure, et touche au-delà de douze heures le plafond de près de 60 %, donc ne met pas une demi-journée à quintupler. De la 12^e à la 24^e heure, le pourcentage de guérison est de 50 % selon MEYER, de 44 % selon HARTMANN et LECÈNE, de 45 % dans la statistique des médecins d'Edimburg; au delà de trente-six heures, la mortalité atteint 80 à 90 % (MONDOR et LAURET); d'après KUMMER, dès la 10^e heure, elle atteint 65 %; pour

DELREZ, dès la 24^e heure, elle serait de 100 %; de toute façon, le malade n'a plus guère qu'une ou deux probabilités sur dix d'en réchapper. Il convient donc d'insister beaucoup sur la nécessité absolue d'opérer les malades de bonne heure, mais il faut reconnaître que ce n'est pas là l'unique condition du succès. Revenons, d'une façon plus précise, sur :

Le rapport entre la mortalité et l'âge des malades:

Parmi les 99 observations où l'âge a été noté avec exactitude, il y a eu 37 cas mortels, qui se répartissent comme suit :

de 14 à 20 ans (2 cas):	0 mort, soit 0 %
de 20 à 30 ans (17 cas):	3 morts, soit 17,64 %
de 30 à 40 ans (33 cas):	9 morts, soit 27,27 %
de 40 à 50 ans (18 cas):	7 morts, soit 38,88 %
de 50 à 60 ans (16 cas):	9 morts, soit 56,25 %
au-dessus de 60 (13 cas):	9 morts, soit 69,23 %

On note, à l'examen de ce tableau, l'augmentation rapide de la mortalité avec l'âge du malade, et ce facteur présente à nos yeux une importance au moins égale à celle du facteur laps de temps écoulé.

WINSLOW (1921) donnait la statistique suivante:

de 20 à 30 ans,	14 %
de 30 à 40 ans,	62,5 %
de 40 à 50 ans,	100 %
de 50 à 60 ans,	33 %
de 60 à 70 ans,	100 %

Ce serait surtout chez les gens âgés que se produiraient les complications pulmonaires, et que les péritonites seraient plus mal supportées (ABRIA).

CREYSSEL et de MOURGUES attribuent également à l'âge des malades une importance considérable: sur 55 décès post-opératoires, 36 se rencontrent chez les malades âgés de plus de 35 ans, 19 seulement chez des malades plus jeunes; la mortalité est ainsi de 20,8 % avant 35 ans, de 36,6 % après 35 ans, elle atteint 55 % au-dessus de 60 ans.

Il y a là, disent des auteurs, « un facteur contre lequel il est difficile d'agir; l'insuffisance des réactions de défense péritonéale et générale, la plus grande fréquence de l'obésité, la fréquence et la gravité des complications pulmonaires, peut-être aussi la plus grande fréquence de formes larvées chez les sujets âgés, rendant le diagnostic précoce plus difficile, expliquent sans doute cette plus forte mortalité ».

Et cependant, comme toujours, il y a des exceptions:

Nous perdons un homme de 28 ans, résistant, opéré la 9^e heure (Obs. LX); un autre de 32 ans, opéré la 5^e heure (Obs. LXXV). Par contre, survivent une femme de 80 ans, opérée la 7^e heure (Obs. LVII), un homme de 65 ans, opéré la 36^e heure (Obs. LXVII), un autre de 65 ans, opéré la 6^e heure (Obs. CI), un autre de 52 ans, opéré la 9^e heure (Obs. CXVII)...

Mortalité et terrain

L'état général du malade, avant l'éclosion des accidents aigus, compte énormément, de toute évidence: tel malade est un alcoolique avéré (Obs. I CXVII, CXVIII); tel autre, qui guérit cependant, est un cardiaque hémiplegique, opéré la 6^e heure (Observation LXXXVI); un autre encore est porteur depuis longtemps d'une hernie diaphragmatique, et il est atteint de myocardite chronique (Obs. LXXXVII); un autre vient d'être victime d'un traumatisme important (enfoncement du cotyle, obs. XCIV); un autre malade, de 54 ans, opéré la 9^e heure, est un obèse, emphysémateux et bronchitique chronique (Observ. LXIII)...

De même, l'état général pré-opératoire lié à la gravité de la maladie, est un facteur de première importance. Nous avons opéré un certain nombre de malades, déjà très mal en point, et pour qui la partie semblait d'avance perdue. (Observations XIX, XXXIII, XXXIV, XLII, XLV, XLVI, XLVIII, LXIV, LXXVIII, LXXXIX, XCIII, XCIV, C, CVIII, etc...).

« Il est bien évident que si la perforation a été immédiatement précédée d'une abondante hémorragie gastrique, ou duodénale, ou si l'état général du malade est très touché du fait d'une maladie antérieure, ou co-existante, le pronostic en sera assombri d'autant.

« Il faudra particulièrement rechercher la valeur de la fonction hépatique qui, si elle est insuffisante,

fera rejeter notamment l'anesthésie au chloroforme » (ABRIA).

L'intensité de la réaction péritonéale, avant l'opération, nous semble un élément de pronostic moins important. Son acuité, la contracture de défense, le ventre de bois, dépendent surtout du moment pendant lequel est pratiqué l'examen, et ces signes, si précieux pour le diagnostic, ne sont pas en rapport, d'une façon générale, avec la gravité de la perforation et son évolution ultérieure.

La douleur n'est pas, le plus souvent, proportionnelle à la gravité de la lésion : ainsi on a vu une perforation étendue, un abondant épanchement, s'accompagner d'une douleur supportable ; mais on a observé le contraire : une douleur extrêmement violente, syncopale, sans liquide dans le ventre, ou avec une perforation minime (Obs. L). Et GIBSON (*Bull. et M. de la S. de Chir.*, 1923), a écrit : « J'ai vu la plus forte souffrance suivre une minuscule perforation avec presque rien s'échappant dans le ventre ».

Il en est de même du pouls et de la température. Sitôt après le début des accidents, le pouls devient petit, rapide, filant, et la température s'abaisse au-dessous de la normale. Elle s'élève dans les trois ou quatre heures qui suivent, mais dépasse rarement 38° ; le pouls est alors redevenu normal. Dans une troisième phase terminale, le pouls s'élève à 120 et la température vers 40°. On ne peut pas toujours établir de pronostic sur ces signes qui varient avec le moment où le malade est examiné.

Le moment de la période digestive, pour certains, aurait une importance relative. La perforation se produisant alors que l'estomac est vide, permet d'espérer une évolution heureuse. Pendant le repas, ou quelques heures après lui, des aliments ou des liquides auront pu passer dans le péritoine et ce fait, dit DELBET, « n'est pas indifférent ». Les cas où les matières alimentaires pénètrent dans le ventre se sont souvent montrés de gravité accentuée. Dans un cas (Observ. LXXIX) le malade a guéri; dans un autre (Observ. XCII) où le malade n'a été opéré que très tardivement, il est mort. Dans l'observation XCII une grande quantité de bismuth avait passé dans le péritoine; le malade guérit. Le passage de la bouillie barytée est cependant considéré comme un facteur de gravité par tous les auteurs qui l'ont signalé. Nous avons d'ailleurs connu un malade qui, perforant son ulcère chez les radiologues, pendant l'examen radioscopique, et qui fut opéré de suite, n'en mourut pas moins.

Les aliments entraîneraient des germes septiques; cependant leur virulence serait réduite par la présence dans le suc gastrique, d'acide chlorydrique possédant une action microbicide. (GLEYS, BRUNNER, BARTHE et HARKINS, P. DUVAL).

L'état d'infection de la lésion ulcéreuse serait également une notion importante. En principe, l'ulcère en poussée évolutive est une lésion toujours infectée. Cependant, l'examen des germes dans la paroi de l'ulcère (HELMHOLTZ, TELLER et TALHMISER, RAZEMON, ROZENOW, DUVAL, ROUX et MOUTIER), a mon-

tré que la flore varie et peut être plus ou moins virulente (staphylocoque, antérocoque, colibacille, streptocoque, *B. mesentericus*, etc...).

L'interrogatoire du malade peut apprendre si les accidents ont été précédés d'une poussée évolutive, fébrile ou hémorragique surtout, en faveur d'un processus infectieux virulent, et comportant un pronostic assombri. Si au contraire, la perforation est l'accident primitif, aigu, si le malade n'a jamais souffert de l'estomac, ou si la perforation a éclaté chez un ulcéreux avéré, mais en dehors de toute période douloureuse, et loin de la dernière crise, on pourra supposer que l'on opérera une lésion peu infectée, et d'évolution ultérieure plus favorable.

Quelques auteurs insistent surtout sur l'importance de la *quantité de liquide d'épanchement intrapéritonéal, sa bactériologie, son acidité*. Un liquide abondant, moins en rapport avec le temps écoulé depuis la perforation qu'avec les dimensions de celle-ci et l'état de réplétion gastrique, est d'un mauvais pronostic. C'est dans ces cas d'épanchement abondant que la flore microbienne serait aussi la plus prolifique (DELREZ).

L'important, n'est point tant, croyons-nous, la quantité elle-même, l'amicrobisme ou le microbisme des épanchements, que la virulence des germes qui s'y rencontrent. Et il n'est aucun doute que ce soit le streptocoque (très fréquent) et par dessus tout, le streptocoque hémolytique, qui ait de loin la plus grande virulence (BRUTT, MOUTIER, CLAVEL).

Il est admis également qu'il existe une relation entre la virulence des germes et l'acidité de l'épanchement. « L'acidité gastrique suffit à stériliser momentanément, pendant les premières heures, les germes provenant des liquides endogastriques » (DUVAL). L'acidité ou l'hyperacidité (d'ailleurs fréquente dans les ulcères: 1/3 des cas) est donc une circonstance favorable et capable tout au moins d'atténuer la virulence des microbes que peut contenir le liquide épanché.

Dans nos observations, en ce qui concerne l'abondance du liquide, nous trouvons, sur 14 cas où le liquide était noté particulièrement abondant, 6 morts (Obs. III, XVII, XLIX, LXIII, LXV, XCIII). Il est indiscutable qu'il y a bien là un élément de mauvais pronostic, mais bien souvent, d'autres facteurs conditionnent ou l'issue fatale, ou cette abondance même du liquide et en même temps la gravité du cas.

On a voulu également donner une certaine importance pronostique aux *caractères anatomiques de la perforation*: son siège, ses dimensions, l'aspect de ses bords, son oblitération relative, etc...

Il va de soi que plus la perforation sera étendue, plus elle sera dangereuse, par l'irruption du contenu gastrique dans le péritoine, et le choc toxique ou l'infection qui en découlera. Il est possible que ce soit le fait qui rende la gravité des perforations gastriques supérieure à celle des perforations duodénales, si l'on en croit GIBSON, lorsqu'il écrit: « que si l'ulcus duodénal donne généralement des signes plus graves, la mortalité de l'ulcus gastrique est un peu supérieure ».

GAY, dans sa thèse, sur 52 cas, réunit 22 cas de perforations gastriques avec 7 morts, soit 31,8 %; 30 cas de perforations duodénales avec 4 morts, soit 13,3 %.

Quoi qu'il en soit, il semble que la perforation, par son siège et ses conditions anatomiques, a une gravité croissante, allant du duodénum au cardia, toutes choses étant égales d'ailleurs, car il faut tenir compte du laps de temps, de l'âge, etc., et c'est pour cela que des chiffres ne peuvent être pris dans leur valeur absolue.

L. ROUSSELIN donne les suivants :

51 perforations duodénales avec 13 morts, soit 25,5 %; 7 perforations pyloriques avec 4 morts, soit 57,14 %, 7 perforations de la petite courbure, avec 5 morts, soit 71,43 %. Ces chiffres paraissent éloquents à première vue.

Et cependant, les opinions divergent :

CREYSEL et DE MOURGUES, dans 169 observations, ont pu préciser la localisation de l'ulcère : 58 ulcères duodénaux donnent 18 morts (31,03 %); 64 ulcères pyloriques, 11 morts (17,18 %); 45 ulcères du corps de l'estomac, 15 morts (31,91 %). La région pylorique leur semble, au point de vue opératoire, la plus favorable.

BRUNNER accuse, pour le corps de l'estomac, 48 % de mortalité, pour le duodénum 80 %; PÉTREN, pour le corps 67 %, pour le duodénum 72 %, alors que STEICHELÉ accuse, pour le corps 42 %, pour le duodénum 29 %, et ISELIN, pour le corps 43 %, pour le duodénum 9 % de mortalité.

LÖHR, analysant 132 cas donne les résultats suivants, en fonction du siège et de l'heure de l'opéra-

tion: pour l'estomac, de 1 à 6 heures, 12 %, de 6 à 12 heures, 20 %; de 12 à 24 heures, 53 %; pour le duodénum, de 1 à 6 heures, 4 %; après 6 heures 100 % de mortalité.

De même Maurice GANDY, dans sa thèse, a trouvé: pour 97 ulcères gastriques, de 1 à 6 heures, 9,3 %; après six heures, 51,8 % de mortalité; pour 56 ulcères duodénaux, de 1 à 6 heures, 18,1 %; après la 6^e heure, 17,3 % de mortalité.

Parmi nos cas mortels, le siège de la lésion a été noté 21 fois:

Pylore 6 cas (dont 2 ulcères calleux).

Duodénum 6 cas (dont 2 perforations très larges).

Petite courbure, 8 cas (dont une perforation haut située et 1 ulcère calleux) et, dans un cas, la perforation ne put être trouvée.

D'autre part, les perforations postérieures seraient plus graves que celles de la paroi antérieure de l'estomac, ou du duodénum, peut-être parce qu'elles sont plus difficiles à découvrir et à traiter. QUIQUEMELLE, dans sa thèse (Paris 1919), expose 8 cas de perforations postérieures du duodénum, dont 6 se terminèrent par la mort.

Les callosités des bords de l'ulcère compliquent la situation à cause de leur infection constante, et des difficultés opératoires qu'elles entraînent. Parmi nos cas mortels, leur présence est notée 4 fois. Enfin, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître aux perforations néoplasiques la plus haute gravité: sur 3 cas, nous avons eu 3 échecs (Observtions XXXI, XLII, LXXXI).

Enfin, l'oblitération relative de la perforation par de l'épiploon, ou par des adhérences avec les organes voisins, lobe carré du foie, pancréas, vésicule biliaire, tend à établir une barrière entre le contenu gastrique septique, et la grande cavité péritonéale, atténuant la réaction de la séreuse dans son étendue et dans son intensité, et diminuant la gravité des lésions. Mais ces adhérences peuvent dans certains cas, estomper à un point tel les accidents aigus de la perforation, que le chirurgien peut être conduit à une erreur de diagnostic, ou d'indication opératoire, et laisser passer le moment favorable à l'intervention. Dans ces conditions, la disposition anatomique de défense naturelle devient un danger et un élément d'aggravation du pronostic.

Il nous reste à envisager maintenant les *rapports entre la nature de l'opération pratiquée, et la mortalité*.

Dans notre statistique, le procédé utilisé a été indiqué avec exactitude dans le protocole opératoire IIII fois :

- 1 fois, la suture simple a été pratiquée, sans drainage;
- 52 fois, la suture de la perforation, avec drainage sus-pubien;
- 48 fois, la suture avec gastro-entérostomie complémentaire et drainage sus-pubien;
- 3 fois, la suture avec G. E., sans drainage;
- 5 fois, un tamponnement simple de la perforation;
- 2 fois, une simple laparotomie exploratrice, avec un drain.

Aucune résection n'a été pratiquée à chaud.

La thermo-cautérisation de l'ulcère, avant son enfouissement a été exécutée, dans trois de ces cas. Sur les 51 gastro-entérostomies, 37 ont été faites au bouton de Jaboulay, 17 à la suture.

En somme, la technique employée a été assez uniforme pour essayer d'en juger la valeur.

Or, parmi les cas mortels, le procédé adopté a été noté 37 fois :

Suture simple, 18 morts (sur 53 cas), soit 33,96 %

Suture et G.E., 14 morts (sur 51 cas), soit 27,45 %

Tamponnement, 4 morts (sur 5 cas), soit 80 %

Laparotomie, avec simple drain, 2 morts (2 cas), soit 100 %.

Ces deux dernières opérations ont été faites dans deux très mauvais cas : dans l'un (Obs. XVII) l'intervention a été pratiquée la 24^e heure, à la période de péritonite, et la perforation, vraisemblablement postérieure, n'a pu être trouvée ; dans l'autre (Observ. XLII), une laparotomie exploratrice, pour occlusion par péritonite, a montré chez un homme de 59 ans, très mal en point, l'existence d'une perforation au niveau d'un énorme cancer gastrique. Les deux cas étaient désespérés.

Le tamponnement, par contre, exécuté lui aussi dans de très mauvais cas, à première vue désespérés eux-aussi, nous a permis de sauver un malade (Obs. XLVIII). C'est un procédé à n'employer qu'à son corps défendant, mais qui peut rendre des services certains dans des cas très graves. Sa mortalité élevée

tient certainement moins à la technique elle-même qu'à la gravité des cas contre lesquels on l'oppose.

Restent à comparer dans notre statistique la mortalité de la suture simple, et celle de la suture avec gastro-entérostomie complémentaire. On voit qu'elles sont sensiblement identiques, et si la mortalité paraît un peu plus faible dans les cas traités par la G. E. complémentaire, il est exact d'objecter que maints cas où la seule suture fut pratiquée répondaient à une gravité plus grande, et que l'intervention plus expéditive fut choisie en raison même de l'état des malades; par conséquent, le groupe des malades simplement suturés comporte des cas d'une gravité plus élevée, et le pourcentage de mortalité doit logiquement s'en ressentir.

D'autre part, pour avoir une idée exacte de la gravité des divers procédés, il faudrait pouvoir établir pour chacun d'eux l'indice de mortalité en fonction de l'heure de l'intervention, de l'âge des malades, etc...

A ce sujet, on trouve les chiffres suivants :

Suture simple, mortalité de 10 à 15 %, avant la 6^e heure, au-dessus de 20 % à la 12^e heure, et au delà de 14 heures près de 60 % (FORGUE).

La thermocautérisation, ou l'excision préalable, ne changent guère ces chiffres. Sur 26 cas d'excision, réunis par RADOIEVITCH, les chiffres de guérisons se tiennent dans les moyennes ordinaires: mortalité nulle sur neuf cas, avant la 6^e heure, mortalité de 22 % entre la 6^e et la 12^e heure, de 50 % pour ceux traités après 12 heures.

La léthalité, pour les malades suturés gastro-entérostomisés, comparée à celle de la suture simple, d'après RADOIEVITCH, serait de 19 % au lieu de 23,5 % en ce qui concerne les malades opérés dans les 12 premières heures; 39 % au lieu de 61 % pour ceux traités au delà de la 12^e heure. La pratique étendue maintenant (RADOIEVITCH en réunissait déjà 212 cas) de la gastro-entérostomie complémentaire, montre que cette addition opératoire ne comporte pas un supplément grave de mortalité.

La gastro-pylorectomie à chaud, a pu fournir des chiffres plus paradoxaux, et plus encourageants encore; confirmant ceux de DUVAL RADOIEVITCH donne les chiffres suivants: 124 cas d'ulcères perforés traités par la pylorectomie, dans les douze premières heures, n'ont donné que 14 décès; c'est-à-dire une mortalité de 11 %, ce qui n'est même pas la moitié de la léthalité opératoire des cas suturés dans les mêmes délais ! 26 pylorectomies au delà de la douzième heure n'ont fourni qu'une mortalité de 53 %, inférieure encore à celle de la suture.

KIRCHMEYER et ses élèves pylorectomisent systématiquement tous les perforés, avec une basse mortalité de 12 % dans les quinze premières heures; ZOEPFELL fait 23 résections sur 28 malades, avec une léthalité de 13 %; BRÜTT, 11 sur 13, avec un seul décès.

JUDINE, en mai 1933, apportait son expérience de 318 résections pour ulcères perforés, sur 404 cas observés en quatre ans. Sa dernière série, de 168 gastrectomies, lui a donné une mortalité de 6 % !

RICHARD réunit 710 cas de résection à chaud avec une léthalité de 17 %; OLIVIEZ, 889 cas avec 135 morts, soit 15,1 %. On trouve dans la thèse d'OLIVIEZ des statistiques nombreuses et impressionnantes, en faveur de la résection, que défend énergiquement l'auteur.

Enfin, très récemment P. BROcq rapporte à l'Académie de Chirurgie, une statistique de CARAYANNOPOULOS et CHRISTEAS, comportant 13 résections avec 13 guérisons, et à ce propos, étudie la mortalité de la gastrectomie comparée à celle de la suture, avec ou sans G. E. Réunissant 1.220 cas de gastrectomies, appartenant à 23 chirurgiens allemands, autrichiens, italiens, russes et tchèques, et 747 cas de suture avec ou sans G. E., BROcq trouve pour la gastrectomie une mortalité globale de 14,4 %; pour la suture avec ou sans G. E., 25,5 %.

Comparant les mortalités suivant l'heure, et suivant l'âge, l'auteur arrive à la conclusion que la gastrectomie, lorsque *l'indication de cette intervention est bien posée*, n'est pas plus grave que la suture, et qu'elle est possible dans près de 60 pour 100 des cas.

Cependant, HABERER (septembre 1935) et HAUSSLER (mars 1936) sont revenus à la suture simple, et se refusent à comparer les statistiques de résection qui sont faites dans les cas les plus favorables, avec les statistiques de suture simple de la perforation, qui sont faits souvent dans des cas absolument désespérés.

La gastrectomie cependant s'avère, dans des conditions bien déterminées, comme une intervention parfois légitime. Il s'agit d'en préciser avec mesure les

indications. Actuellement encore « dans les conditions de moindre résistance où nous sont livrés les malades, trop souvent l'état du sujet continuera à nous imposer l'intervention la plus simple et la plus courte » et la résection restera une intervention précieuse indiquée dans des cas exceptionnels.

CHAPITRE III

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

L'intérêt essentiel de l'étude des observations que nous avons dépouillées réside dans les résultats éloignés de l'intervention. Parmi les 112 malades opérés de novembre 1928 à décembre 1935, nous avons pu retrouver 44 malades, sur les 73 qui avaient survécu à l'accident. A ces 73 malades nous avons écrit pour les convoquer, en leur adressant un questionnaire détaillé, destiné à ceux qui ne pourraient venir à la consultation. Quatre malades ont répondu au questionnaire; 40 malades sont revenus se montrer. Ceux qui n'ont pas répondu étaient pour la plupart des ouvriers étrangers, dont beaucoup ont été rapatriés. Sur les 44 malades suivis, nous avons 35 cas qui dataient en juillet 1935 de plus d'un an. Nous en avons revu d'autres, trop récemment opérés pour en tirer une conclusion valable de leur état; nous les avons éliminés de notre enquête. Dans l'appréciation des résultats, nous avons été sévères, ne considérant comme guéris que les malades chez qui aucun signe permettant de supposer une survivance de l'ulcère ne persistait. Enfin, les malades revus ont été examinés cliniquement et radiologiquement, par nous-mêmes, d'une façon systématique.

Sur les 44 malades, 34, soit 77,27 %, présentaient un bon résultat, contrôlé de un à sept ans après l'intervention. Dans dix cas le résultat était médiocre 8 fois, mauvais 2 fois.

Il convient d'étudier ces résultats comparativement aux statistiques déjà publiées, et dans leurs rapports avec divers facteurs, localisation de la perforation, ancienneté de l'ulcère et technique opératoire employée notamment, puis nous analyserons les causes d'échec.

L'étude de *quelques statistiques* récentes donne les chiffres suivants, concernant uniquement la suture de l'ulcère, associée ou non à la gastro-entérostomie. KUMMER, cité par FERMO, trouve 77 % de guérisons éloignées; LEWISOHN, 71 %; JUDINE (rapport de P. DUVAL) signalait 20 à 25 % de mauvais résultats; BÉRARD et DESJACQUES ont eu 14 succès sur 15 cas; CREYSSSEL et DE MOURGUES ont 61,77 % d'excellents résultats éloignés (dans 68 cas); L. ROUSSELIN, sur 30 opérés a 21 résultats éloignés excellents, soit 70 %.

La *localisation* de l'ulcère influe-t-elle sur les résultats? Parmi les 32 malades revus, où la localisation est précisée, nous trouvons, pour le duodéno-pylore, 16 bons résultats, 5 médiocres, 1 mauvais; pour la petite courbure, 8 bons, 1 médiocre et 1 mauvais, ce qui fait pour le duodéno-pylore, 62,5 % de bons résultats, et pour la petite courbure, 75 %.

CREYSSSEL et DE MOURGUES donnent des chiffres voisins: guérison dans les ulcères duodénaux: 62,5 %, dans les ulcères pyloriques, 59,09 %, dans les ulcères à la petite courbure, 81,25 %.

L'ancienneté de l'ulcère doit, *a priori*, avoir une grosse influence sur les suites éloignées. On sait que l'ulcère aigu reste plus volontiers guéri que l'ulcère chronique, à la suite d'une perforation. Par rapport à l'existence des *antécédents gastriques*, nous trouvons : 8 bons résultats, 1 médiocre, pour des malades sans aucun passé, ou avec des antécédents très récents ; 20 bons résultats, 3 médiocres et 2 mauvais pour ceux d'entre eux qui présentaient un passé ancien. Par contre, un malade, qui avait un passé fort ancien, va très bien (Obs. L.).

ROUSSELIN, ne considérant que les malades n'ayant jamais souffert, et simplement suturés, obtient 75 à 87 % de guérisons définitives.

En envisageant les résultats éloignés, par rapport au *procédé opératoire* employé, force nous est de nous en référer aux statistiques publiées ; la nôtre ne concerne que des malades traités par la suture, associée ou non à la gastro-entérostomie complémentaire.

Mais étudions d'abord la valeur de cette association à la suture de la gastro-entérostomie, par rapport à celle de la suture simple, au point de vue des résultats lointains.

La suture simple nous a donné 14 bons résultats éloignés, contre 2 médiocres, et 1 mauvais, soit 78,58 % de bons résultats (21,42 % de résultats imparfaits) ; l'un des heureux résultats fut d'ailleurs obtenu par simple tamponnement d'un ulcère duodénal perforé (Obs. XLVIII). L'un des résultats insuffisants a été guéri par l'adjonction secondaire d'une gastro-jéjunostomie ; un autre par le traitement médical.

La suture jointe à la gastro-entérostomie complémentaire, nous a donné 20 bons résultats (15 G. E. au bouton, 5 à la suture), 6 résultats médiocres (G. E. au bouton) et 1 mauvais (G. E. au bouton); soit 65 % de bons résultats (35 % de résultats imparfaits).

RADOIEVITCH, dans sa statistique, donnait sur 49 malades suturés, 28 bons résultats, 19 mauvais, 2 médiocres; sur 63 malades suturés gastro-entérostomisés, 54 bons résultats, 4 assez bons, 5 mauvais, ce qui donne un pourcentage de bons résultats bien plus élevé en faveur de la gastro-entérostomie: suture 42,85 % de résultats imparfaits; suture et G.E., 14,28 % d'échecs.

GUILLEMINET et LATREILLE, partisans de la G. E. systématique, ont 82 % de bons résultats éloignés (18 sur 23 cas suivis); ils en trouvent la raison dans l'énorme proportion (90 %) d'ulcus pyloro-duodénaux qu'ils ont rencontrés, et pour lesquels l'heureuse action de la G. E. est connue.

TONDEUR, sur 13 sutures et G. E. a sept excellents résultats (53,85 %). BAGER indique également le chiffre de 89,9 % et SCHWARTZ 88 %.

Par contre, CHABRUT, partisan de la suture simple, tout au moins dans les cas d'ulcère aigu, voit sur 16 malades suivis, 7 continuer à souffrir. Il note que les cas guéris n'avaient pas d'antécédents gastriques, les cas rebelles étaient des ulcères chroniques (environ 50 % de bons résultats).

ROUSSELIN, sur 27 sutures simples, a 12 résultats excellents (44,45 %). GIBSON, sur 95 sutures, a 41 résultats excellents (43,15 %).

D'après DELREZ, partisan de la suture simple, les statistiques les plus défavorables à celle-ci donnent cependant le chiffre de 48,1 % de guérisons définitives.

Maurice GANDY, sur 55 cas de suture simple, trouve 46,2 % de bons résultats; sur 14 cas de suture avec G. E., 57,1 % de bons résultats.

On pourrait rapporter d'autres statistiques de chirurgiens utilisant plusieurs procédés, et signalant des guérisons définitives par la suture simple: GUTHRIE, sur 33 malades revus, n'a que 3 résultats médiocres; BULLOCK, 3 sur 33; SOUTHAM soutient que dans 90 % des cas une réintervention est inutile; FARR a 21 guérisons définitives sur 24 cas; ENGELSING a 70 % de bons résultats; BRÜTT, 47 % de malades guéris, et WHITE et PATTERSON 60 %.

A l'opposé, MORVILLE (de Copenhague) sur 44 suturés n'a que 8 guérisons; WILLIAMS et WALSH ont dû réopérer 53 sur 98 de leurs malades; ZUKSCHWERDT et ECK n'accordent à ce procédé que 31 % de guérisons définitives; NEUBER revoit 38 malades, traités par la suture simple: 4 sont guéris, 34 souffrent, mais il revoit aussi 18 malades suturés avec G. E., 3 sont guéris, 15 souffrent, dont 3 d'ulcère peptique.

D'après l'étude de P. BROCO, la suture simple, associée ou non à la G. E., donnerait 59 % de guérisons seulement. La majorité des statistiques donne un chiffre aux environs de 60 %.

En face de chiffres aussi contradictoires, il est difficile de prendre parti. Il faut retenir que la suture

seule guérit souvent l'ulcère perforé. « Il semblerait, dit LAGOUTTE, en 1920, que l'ulcus arrivé au stade de perforation soit au terme de son évolution et guérisse spontanément après suture ». Il existe une catégorie de malades, ceux qui n'ont pas d'antécédents gastriques, chez lesquels l'enfouissement simple amène la guérison définitive, dans la proportion de 80 %, particularité déjà notée par LAGOUTTE, GIBSON, BAGER, CHABRUT, ROUSSELIN. Dans les ulcères chroniques, révélés cliniquement depuis plus ou moins longtemps, la suture simple est susceptible de procurer encore une guérison complète dans un nombre important de cas, près de 50 %. Mais l'adjonction de la gastro-entérostomie est très indiquée dans ces cas, puisqu'elle donne pour GUILLEMINET et LATREILLE, TONDEUR, etc., 80 % de bons résultats, pour CREYSSEL et DE MOURGUES, 69 % d'excellents résultats. Dans cette catégorie de cas, la proportion de nos bons résultats atteint 65 %.

A ces procédés simples, qui ont donné cependant satisfaction à beaucoup, on a voulu opposer la valeur de la gastrectomie à chaud, opération qui logiquement doit fournir des résultats éloignés supérieurs, dans près de 90 % des cas, suivant OLIVIEZ. D'après le travail de BROCO, portant sur 320 cas revus, le pourcentage de guérisons définitives atteint 79,6 %.

Et cependant, KREUTER obtient de meilleurs résultats éloignés après gastro-entérostomie (46,6 % de guérisons, et 50 % d'améliorations) qu'avec la résection (27,2 % de guérisons, et 68,2 % d'améliora-

ions), LORENZ revoit 55 opérés de résection, 43 cas sont guéris (78 %) 12 malades continuent à souffrir.

En parallèle, il faut rappeler que VON BAGER a pu obtenir 89,9 % de bons résultats avec la gastro-entérostomie associée à la suture; SCHWARTZ, 88 %; GUILLEMINET et LATREILLE 82 %; RADOIEVITCH 85,72 %; CREYSEL et DE MOURGUES 69 % et nous-mêmes 78,68 % avec la simple suture.

En somme, résultats éloignés sensiblement aussi bons à moins de frais. D'après les protagonistes mêmes de la résection, celle-ci n'est d'ailleurs possible que dans 40 à 60 % des cas (BROcq).

DELREZ et BOTTIN écrivent: « s'il est incontestable que certains perforés, opérés précocement, se trouvaient dans des conditions suffisantes pour supporter la résection, il est non moins incontestable que pour beaucoup d'autres, la résection comportait des risques vitaux immédiats...; dans la moitié des cas au moins, la résection serait superflue: en effet, l'expérience clinique apprend que l'accident de perforation est suivi de guérison définitive dans la majorité des cas, 48,1 % dans les statistiques les plus défavorables à la suture simple; c'est-à-dire que sur 2 perforés réséqués qui guérissent, il y en a un qui a été réséqué en vain. Nous ne croyons pas avoir le droit de pratiquer, sans raison formelle, une résection gastrique. Si celle-ci s'impose ultérieurement, on l'exécutera dans des conditions infiniment meilleures ». C'est également l'avis de HAÜSSLER, d'Essen, qui cependant, de 1920 à 1931, fut un chaud partisan de la résection d'emblée, et qui, depuis 1932, est revenu à

la suture simple. La gastrectomie primitive, en cas d'ulcère perforé fut, en effet, en faveur en Allemagne, mais depuis bientôt 1 à 2 ans, les Allemands semblent revenir progressivement aux sages conceptions que commande le bon sens et auxquelles s'étaient ralliés la plupart des chirurgiens français, où l'on ne trouve que de rares adeptes de la résection systématique (DUVAL, CADENAT, DELAGENIÈRE, LERICHE).

CAUSES DES ÉCHECS

L'étude des cas dont le résultat lointain n'a pas été satisfaisant peut conduire vers une amélioration de la technique.

Dans un certain nombre d'observations, l'avenir des malades a été troublé par des *accidents tardifs indépendants de l'affection causale*, mais en rapport avec l'intervention pratiquée. Sans parler des *éventrations* de la cicatrice de la laparotomie sus-ombilicale pratiquée, éventualité assez rare, puisque nous ne l'avons relevée que trois fois, sur 44 opérés revus (obs. XLVIII, XCVI et CIV), nous avons observé des accidents liés indiscutablement à l'emploi du *bouton de Jaboulay*, dans quatre observations :

1° *La sténose cicatricielle* de la bouche de gastro-entérostomie s'est produite dans 3 cas (obs. LIX, CI et CV). Après réfection de la G.E. en trois plans de sutures, 2 malades vont très bien, du troisième nous n'avons pas pu avoir de nouvelles.

Cet incident s'est produit 3 fois sur 37 G.E., faites par ce procédé, soit dans 8,1 % des cas. L. ROUSSELIN, sur 188 opérés l'a trouvé 3 fois (2,34 %).

2° *La non-évacuation du bouton* a été cause d'un accident grave dans l'observation LXXIX. Deux ans après l'opération est apparue une occlusion intestinale due pour une part à la rétention du bouton, d'autre part à une faute de technique qui avait consisté à se servir d'une anse intestinale beaucoup trop longue. Récemment, une réintervention a donné un résultat satisfaisant.

Dans une autre observation (obs. LXVIII) une rétention du bouton a été constatée au bout de six mois, mais sans aucun trouble et suivie de l'évacuation tardive mais spontanée de la pièce métallique.

En somme, deux cas de rétention du bouton ont été observés sur 37 G.E faites par ce procédé, soit 5,4 % des cas. L. ROUSSELIN sur 188 opérés, a rencontré six fois (4,68 %) cette éventualité.

3° Aucun cas d'ulcère peptique imputable à l'emploi du bouton; aucun cas d'occlusion post-opératoire tardive, par brides, ou par péritonite plastique, n'a été observé. Cependant, la majorité des cas ont été drainés.

Mais, à côté de ces accidents, qui sont indépendants de l'affection causale, plus intéressante est l'étude des cas où le résultat éloigné est compromis par la réapparition de troubles digestifs à type gastrique, posant le problème de la *récidive de la maladie ulcéreuse*. Ces malades, au nombre de six, peuvent être rangés en deux catégories: dans la première, il s'agit de troubles légers (petites douleurs, quelques régurgitations acides, lenteurs de la digestion, ballonnement post-prandial...). Dans deux observations,

(XIV et LXXI), les malades avaient subi la suture de leur perforation, avec gastro-entérostomie complémentaire au bouton, dans les deux cas, il s'agissait d'ulcères chroniques du pylore; dans les deux cas, les malades ont vu réapparaître quelques douleurs à la suite de fautes de régime, l'un trois ans après l'opération, l'autre à deux reprises, un et trois ans après l'opération. Dans les deux cas enfin, l'examen radiologique n'a pas permis de déceler une image d'ulcère en évolution, et a montré une évacuation gastrique rapide par le pylore.

Un troisième cas analogue, concerne un ulcère chronique de la petite courbure, perforé, et suturé, sans G.E. complémentaire (obs. XL). Le malade a souffert une fois, trois mois après l'intervention. Un simple traitement médical, avec régime sévère, l'a amélioré considérablement.

La nature exacte de ces accidents est difficile à préciser, peut-être s'agit-il de ces poussées de gastrite, de duodénite, de jéjunite, sur lesquelles GOSSET attire l'attention dans son récent rapport sur l'ulcère peptique. CREYSEL et DE MOURGUES ont pu, dans un cas, en démontrer l'existence par gastro-photographie. En tous cas, ces accidents légers, montrent l'importance de l'hygiène et du régime post-opératoires.

Mais, dans une deuxième catégorie de cas, les troubles observés sont nettement caractéristiques, soit d'une *survivance de l'ulcère* (2 cas), soit d'une *récidive de l'ulcère* (1 cas). Nous n'avons pas recueilli d'observations d'*ulcère peptique gastro-jéjunal* ou de

cancérisation secondaire, dont CREYSSSEL et DE MOURGUES rapportent quelques cas.

Dans une observation (LI), une perforation aiguë d'un ulcère du pylore, jusqu'alors latent, a été traitée par suture simple sans G.E. complémentaire. Le malade continue à souffrir, et revient huit mois plus tard : une gastro-entérostomie en trois plans de sutures le guérit définitivement. Le résultat s'est maintenu, et après trois ans, s'avère cliniquement et radiologiquement parfait.

Dans la seconde observation (X), il s'agit d'une perforation traumatique d'un ulcère de la petite courbure, avec passé gastrique discret, traitée par la suture simple, sans G.E. Malgré un régime suivi, le malade souffre encore périodiquement. Mais il vient d'être atteint d'une pleurésie séro-fibrineuse, et refuse une réintervention.

Enfin, un troisième cas, malheureux (obs. XXXIV) doit figurer parmi les résultats éloignés mauvais : un malade a été opéré d'un ulcère perforé d'estomac. Deux ans plus tard, *perforation itérative* d'un ulcère du pylore, emportant cette fois le malade. Une gastro-entérostomie au bouton avait été exécutée lors de la première intervention.

La perforation itérative est peu fréquente. L'ont signalée après suture simple : PEFFER, BAUDET, BORZEKY, CREYSSSEL et DE MOURGUES, GIBSON, MALLET-GUY, WILLIAMS et WALSCH (3 cas sur 158). Mais la gastro-entérostomie ne met pas à l'abri de cette complication. L'ont signalée, après suture et G.E. : CHIFOLIAU, DELAGENIÈRE, Mac QUILIAN.

Ces cas malheureux seraient évidemment un argument en faveur de la résection primitive. Ils montrent en tout cas la valeur d'une réintervention assez précoce dans les cas où le résultat éloigné s'avère peu favorable, et cette intervention, pour être effective, peut consister soit en une gastro-entérostomie, soit en une simple gastro-entéroanastomose.

En effet, si nous résumons l'étude de nos résultats éloignés défavorables, nous nous apercevons qu'en dehors de deux cas franchement mauvais, de survivance ou de récurrence de l'ulcère (obs. X et XXXIV), il faut retenir surtout : 4 cas de résultats médiocres dus à l'emploi du bouton anastomotique. Après une réintervention simple, réfection de la bouche en particulier, ces malades vont bien.

Un cas médiocre, guéri définitivement par la création secondaire d'une bouche de gastro-entérostomie.

Et trois cas de troubles légers, imputables à des écarts alimentaires, et facilement jugulés par le traitement médical.

En somme, il ne subsiste que deux cas franchement mauvais, ce qui, pour les 44 revus, nous donnerait 95,45 % de résultats éloignés satisfaisants.

CONSIDÉRATIONS RADIOLOGIQUES
CONCERNANT LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
APRÈS LES INTERVENTIONS
POUR ULCÈRES PERFORÉS

Chez 36 malades revus, une radioscopie et une radiographie de l'estomac, après ingestion d'une bouillie barytée, ont pu être pratiquées (1). Au cours de cette enquête radiologique, les constatations que nous avons pu faire ont été surtout négatives, ce qui est en accord avec les observations des rares auteurs qui se sont préoccupés de la question.

Les examens sont impuissants à révéler l'existence de l'ulcère, et souvent même la nature de la thérapeutique chirurgicale employée. On trouve le plus souvent des modifications de l'image habituelle, des silhouettes gastriques tout-à-fait anormales, sans qu'on puisse en tirer aucune déduction diagnostique ou thérapeutique. Les déformations de la silhouette gastro-duodénale normale revêtent un caractère anarchique, qui ne permet pas en général de les ranger dans le cadre des images classiques. Parfois, on retrouve la trace de la lésion, sous la forme d'un ergot, d'une image en cône d'attraction. Chez les malades qui ont subi une G.E., la lésion causale disparaît, d'autant plus volontiers, dit HAUSSLER, que le plissement muqueux est modifié et masque l'image de l'érosion. De même, remarque LOB, on observe souvent soit des modifications de la tunique interne que

(1) Nous ferons hommage ici à l'amabilité de M^{lle} SERVAT, dont la collaboration nous a été précieuse.

l'on étiquette volontiers gastrite, soit des signes indirects. HAUSSLER, sur 111 cas, vus aux rayons, a trouvé une sténose cicatricielle secondaire, dans cinq cas traités par la péritonisation simple.

DELREZ et BOTTIN, étudiant les résultats post-opératoires *précoces*, avant le départ de la clinique, ont noté, pour 23 malades radiographiés, 20 réponses de ce genre « déformation de la petite courbure, du bulbe ou de la région prépylorique, rigidité de la petite courbure, mais pas de sténose; dans trois cas, sténose légère; dans plus de la moitié des cas, le radiographe est formel, il ne reconnaît pas de traces de l'ulcère; dans les autres examens, il ne se prononce point, sauf une fois où il affirme nettement l'existence d'un ulcère à la face antérieure de la région prépylorique ».

Dans les réinterventions d'ailleurs, il est fréquent de ne pas trouver trace de l'ancien ulcère. Maintes fois chez l'homme, on a pu s'assurer de la réalité de la cicatrisation de l'ulcère après l'accident de perforation.

DELREZ et BOTTIN, dans le but d'étudier le mécanisme de la cicatrisation, ont procédé à quelques expériences sur le chien. Douze jours après suture d'une perforation expérimentale, il persiste une saillie à la face péritonéale; après 15 jours la saillie muqueuse a diminué; 21 jours après l'opération, la muqueuse est parfaitement reconstituée; dans la paroi persiste une petite induration.

L. ROUSSELIN a noté plusieurs aspects d'estomac de forme normale; parfois l'estomac est obliquement

couché sous le foie, sans doute sous l'effet d'adhérences étendues; dans deux cas de gros ulcères calcaireux, les rayons ont permis de constater que les régions anciennement malades étaient souples, les contractions étaient visibles à leur niveau, autrement dit, les signes radiologiques d'ulcère n'existaient plus. Deux fois, l'auteur a noté un élargissement de l'antré. Dans quelques cas, il existait une déformation particulière de l'estomac, en équerre, la portion verticale formant un angle droit avec la portion horizontale, et les contractions ne modifiant pas cet aspect; une fois l'estomac était élargi en chausson; deux fois, on assistait à des périodes de contractions alternant avec des phases de repos. L'évacuation commençait au bout de 5 à 10 minutes et, trois heures après le début de l'examen, l'estomac était vidé. Dans trois cas de gastro-entérostomie faite primitivement, il est assez curieux de noter que l'évacuation de l'estomac, vérifiée aux rayons X, se fait par la bouche seule dans un cas de passé gastrique, et que chez les deux autres, sans antécédents, le pylore est resté perméable et qu'il l'est même plus que la bouche elle-même.

Dans les cas que nous avons étudiés, sur 36 examens radiologiques, nous avons rencontré 23 fois des aspects normaux ou sub-normaux de l'estomac. Dans deux cas (obs. XIV et XVIII) nous avons trouvé, *l'antré dilaté*; dans le premier, la région pylorique, siège ancien de l'ulcère, était un peu douloureuse à la pression; dans le second, l'antré était dilaté d'une façon considérable, mais le malade allait tout à fait

bien; il s'agissait encore d'une localisation pylorique ancienne.

Dans six cas (obs. CVII, CVIII, CX, CXI, XXXVIII et XLVIII), nous avons constaté une *atonie*, se manifestant par des contractions lentes et espacées; dans six cas au contraire (obs. XXI, XXVI, LI, LXX, LXXX, CII), nous avons observé une *hypertonie*, s'accompagnant le plus souvent d'hyperkinésie. Dans un de ces derniers cas, l'estomac revêtait la forme d'une corne de bœuf.

Dans six cas, l'estomac était déformé. Trois fois (obs. XXVI, XLIV, LXVI), il s'agissait de déformation échappant à toute description, de la région pyloro-duodénale, ou de la partie basse de la petite courbure. Ces trois malades ne présentaient plus aucun trouble, cependant trois fois (obs. X, XLVIII et LXIV) il s'agissait d'un allongement de l'estomac qui semblait attiré sous le foie. L'observation XLVIII concerne un cas d'ulcère duodénal perforé, traité par un simple tamponnement placé dans une incision pararectale droite. Résultat fonctionnel très bon.

Enfin, dans trois cas, nous avons trouvé une image de *sténose pylorique* (obs. LIX, LXXXIV et CV). Le premier cas concernait un ulcus de la petite courbure, traité par suture et G.E. au bouton; celle-ci ne fonctionnait pas bien. Le second, un ulcère calleux du pylore, avec passé ancien, traité par suture et G. E. au bouton; celle-ci fonctionnait bien, le malade allait très bien, mais on observait une image d'amputation pylorique. La troisième observation concernait également un cas traité par suture et G.E. au bouton;

celle-ci fonctionnait mal, et il existait en outre une sténose pylorique légère.

Dans les autres cas traités par une G.E. associée à la suture, la vidange de l'estomac s'effectuait correctement, tantôt surtout par la bouche anastomotique (obs. LXXVIII, XCII, CII et CXI), tantôt à la fois par le pylore et l'anastomose (obs. L, LI, LXVIII, LXX, LXXX, LXXXV, LXXXVI, XCI, XLVI, CI, CVII), tantôt par le pylore surtout (obs. LXXI).

Enfin, dans aucun des cas examinés aux rayons, nous n'avons trouvé de niche, de contracture segmentaire, de signe quelconque d'ulcère. Dans tous les cas, nous avons pu noter que les parois gastriques étaient souples et mobiles, et dans tous les cas, sauf un (obs. XIV), leur palpation était indolore.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Ulcère perforé, survenu chez un éthylique. Péritonite - Exitus.*

M. S..., 55 ans, chauffeur, présentait des antécédents gastriques anciens, pituite matinale, périodes douloureuses avec paroxysme trois heures après les repas. *Ethylisme* avéré. Le 21 janvier 1928, à 6 heures du matin, est pris d'une douleur subite, en coup de poignard, au creux épigastrique. Il a un vomissement glaireux.

Conduit de nuit à l'Hôpital, il présente un faciès grippé, ventre de bois, sonorité préhépatique. Pouls à 60. Pas de fièvre.

Opération immédiate (deuxième heure): gaz et liquide dans le ventre. Ulcère perforé de la petite courbure. Cautérisation de l'ulcère au thermocautère. Epiplooplastie. Pas de gastro-entérostomie. Drainage par un tube sous-hépatique et un autre drain sus-pubien dans le Douglas.

Suites: Le soir même, pouls à 100. Température: 37°5. Les trois premiers jours, l'état général et local se maintient bon, mais le quatrième jour, la fièvre s'allume (38° puis 39°), le pouls s'accélère (120-140) et devient filant. Le ventre reste souple, mais le faciès est celui d'une grande infection péritonéale. Le malade meurt dans le collapsus algide, le cinquième jour.

OBSERVATION II. — *Ulcus perforé opéré à la vingtième heure. Exitus.*

D... V..., 36 ans, est amené d'urgence le 24 février 1928, pour abdomen aigu. Le début des accidents remonte à 20

heures environ, par la douleur en broche habituelle. L'abdomen est légèrement ballonné, très dur, il existe une sonorité préhépatique, indiscutable, qui permet d'affirmer la perforation digestive. Le pouls est très rapide et petit, et le faciès plombé, le nez pincé, les yeux excavés et inquiets.

Intervention : On trouve un ulcère perforé qui est cautérisé au thermocautère et enfoi. Pas de gastro-entérostomie. Drainage par tube de caoutchouc, local et hypogastrique.

Exitus.

OBSERVATION III. — *Ulcère perforé de la petite courbure, avec liquide abondant, chez un homme âgé. - Exitus.*

V... A..., 61 ans, chauffeur, nous est adressé pour appendicite aiguë, le malade souffrait de l'estomac depuis trois ans, à intervalles variables, environ deux à trois heures après les repas. Le 14 mars 1928, à 8 heures du matin, il est pris subitement de violentes douleurs abdominales qui le font se coucher immédiatement. Il vomit du vin qu'il vient d'absorber.

Intervention, dans l'après-midi, huit heures après le début des accidents. On trouve dans l'abdomen une quantité considérable de liquide gastrique, et un ulcère perforé siégeant sur la face antérieure de la petite courbure. Cautérisation au thermocautère et enfouissement. Gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique. Deux tubes sont placés l'un dans une contre-incision sus-pubienne, l'autre dans l'incision de Jalaquier pratiquée à tort au début de l'intervention.

Suites : Le malade se met à vomir très abondamment, malgré les lavages d'estomac, répétés, et présente des signes évidents de péritonite : ballonnement abdominal, accélération du pouls, température : 38°2. Il meurt le 5^e jour.

OBSERVATION IV. — *Ulcère perforé d'estomac. Opération. Guérison.*

D... V..., garçons livreur, est admis et opéré le 31 juillet 1928, pour ulcère perforé d'estomac. Il sort le 29^e jour, guéri, de l'hôpital.

OBSERVATION V. — *Ulcère perforé d'estomac. Opération. Guérison.*

V... J... est adressé, le 10 septembre 1928, d'un village éloigné, pour ulcère perforé d'estomac. Il est opéré dès son arrivée, et reparti trois semaines plus tard, en bonne santé.

OBSERVATION VI. — *Ulcère du pylore perforé. Enfouissement. Guérison.*

L... G..., tailleur de pierres dans une localité voisine, est opéré d'urgence, le 5 novembre 1928, pour ulcère perforé d'estomac (M. MOSINGER, interne). Le protocole opératoire signale la présence de liquide louche dans la région sous-hépatique, il existait un ulcère pylorique perforé, qui fut suturé et enfoui. A son contact, un petit Mikulicz fut placé, et dans le cul-de-sac de Douglas, un drain introduit par une boutonnière sus-pubienne.

Suites immédiates simples.

OBSERVATION VII. — *Ulcère perforé. Opération. Décès.*

C... J..., 47 ans, ouvrier imprimeur, est opéré le 17 décembre 1928 (D^r BODART), neuf heures après le début des accidents, d'un ulcère perforé, qui est enfoui et drainé par un tube sus-pubien. Exitus.

OBSERVATION VIII. — *Ulcère perforé d'estomac. Opération. Guérison.*

F... F..., le 4 janvier 1934, est admis d'urgence et opéré de suite, pour ulcère perforé d'estomac. Il est reparti guéri, après des suites banales.

OBSERVATION IX. — *Ulcère perforé gastrique, opéré à la dix-septième heure. Décès.*

S... J..., 28 ans, graveur sur verre, est admis le 1^{er} avril 1929, pour syndrome abdominal aigu, dont les premiers signes

datent de plus de dix-sept heures. Un ulcère perforé est enfoui (D^r BODART). Pas de gastro-entérostomie. Drain sus-pubien. Exitus.

OBSERVATION X. — *Perforation traumatique d'un ulcère de la petite courbure. Enfouissement. Suites éloignées peu satisfaisantes.*

H... S..., 37 ans, manœuvre dans une usine, est amené en ambulance pour *contusion abdominale*, le 13 mai 1929. Dans la matinée, alors qu'il était à jeun, cet homme, en effet, est tombé d'une grue, d'une hauteur de deux mètres environ, et n'a pu se relever, pris aussitôt de douleurs abdominales excessivement violentes.

Le médecin pensait à un éclatement possible du rein, le blessé n'a jamais véritablement souffert de l'estomac ; il signale cependant des aigreurs fréquentes. Pas de vomissements.

Il est opéré six heures après l'accident (D^r BODART) : on trouve une perforation typique d'un ulcère de la petite courbure, dans le voisinage du pylore. Enfouissement par une double bourse au catgut fin. Drainage sus-pubien. Pas de gastro-entérostomie.

Suites immédiates simples ; sortie le trentième jour.

Nous avons *revu* le malade en juin 1936 : il souffre encore périodiquement de l'estomac, malgré un régime suivi, et a fait à deux reprises un séjour dans un service de médecine (1933-1934). Il vient d'être soigné pour une pleurésie séro-fibrineuse (février 1936) et refuse une réintervention.

L'*examen radiologique* nous a montré un estomac allongé, tubulé, dont le pylore est attiré sous le foie. Les parois gastriques se contractent mal, lentement. Les passages pyloriques sont tardifs et rares. On ne note pas d'image diverticulaire, ni rigidité, ni sensibilité particulière.

OBSERVATION XI. — *Ulcère perforé. Opération. Guérison.*

B... L... entre le 23 juin 1929 dans le service de M. le professeur HAMANT, pour y être opéré d'urgence d'un ulcère gastrique perforé en péritoine libre. Suites bonnes.

OBSERVATION XII. — *Homme de 53 ans, atteint d'un ulcère perforé d'estomac, opéré. Décédé.*

G... Ch..., 53 ans, lamineur, est admis d'urgence le 28 juin 1929, pour ulcère perforé d'estomac; début des accidents remontant à quatre heures; mauvais état général; l'intervention a consisté en l'oblitération de la perforation et drainage sus-pubien, pas de gastro-entérostomie. Exitus.

OBSERVATION XIII. — *Ulcère d'estomac perforé, opéré à la douzième heure. Exitus.*

P... Ed..., 33 ans, est opéré le 7 juillet 1934 d'un ulcère perforé d'estomac, début des accidents douze heures auparavant; oblitération de la perforation, drainage sus-pubien, pas de gastro-entérostomie; exitus.

OBSERVATION XIV. — *Ulcère perforé du pylore, enfouissement, gastro-entérostomie complémentaire, guérison. Résultat éloigné médiocre, maintenu bon pendant trois ans.*

D... F..., 45 ans, mouleur en fonte, souffrait de l'estomac depuis sept ans et suivait un régime. Le 22 juillet 1929, à 8 heures du matin, après le petit déjeuner, douleur en coup de poignard; le médecin nous l'adresse pour perforation gastrique; il est opéré à 17 heures (neuvième heure): suture et enfouissement d'un ulcère perforé du pylore; gastro-entérostomie complémentaire au bouton; drainage par deux tubes de caoutchouc, l'un épigastrique, l'autre hypogastrique, par contre-incision sus-pubienne (D^r BODART); suites immédiates simples; sortie le trente-deuxième jour.

Suites éloignées: Pendant trois ans, le malade n'a plus souffert du tout. Il a suivi un régime pendant six mois seulement; il s'est remis à souffrir, périodiquement, trois ans après l'opération; pyrosis et douleurs surviennent environ quatre heures après les repas.

Nous avons revu le malade en juin 1936. L'examen radiologique nous a montré un estomac hyperkinétique, un antre

dilaté; l'estomac se vide assez rapidement par le pylore surtout; la région pylorique est douloureuse à la palpation profonde.

Régime: belladone et poudres alcalines.

OBSERVATION XV. — *Ulcère perforé d'estomac, opération, guérison.*

Th... A..., malade opéré d'urgence le 2 septembre 1929. Ulcère perforé d'estomac. Suites banales, sorti guéri de l'hôpital.

OBSERVATION XVI. — *Ulcère perforé de la petite courbure, enfouissement, guérison. Bon résultat éloigné.*

G... M..., 28 ans, papetier, est admis le 27 décembre 1929 pour appendicite aiguë: abdomen généralement contracturé, douleur prédominant nettement dans la fosse iliaque droite. Incision de Jalaguier. Il s'échappe un liquide louche, sans odeur. Appendicectomie rapide (lésions minimales, congestion). Laparotomie médiane sus-ombilicale, suture et enfouissement d'un ulcère perforé de la petite courbure, sans gastro-entérostomie (D^r BODART).

Drainage par l'incision latérale droite d'appendicectomie.

Suites bonnes; le malade, en 1936, nous écrit qu'il va bien.

OBSERVATION XVII. — *Perforation digestive. Laparotomie exploratrice. Exitus.*

C... R..., 29 ans, gazier, souffrait depuis deux mois de l'estomac. Douleurs très tardives. Vomissements bilieux. Il a ressenti la veille des souffrances excessivement brutales, près de *vingt-quatre heures*, avant son arrivée à l'hôpital.

Abdomen généralement distendu et dur. Matité dans les flancs, sonorité préhépatique discrète.

Laparotomie sus-ombilicale. L'abdomen est rempli d'un liquide très abondant, verdâtre et louche. On ne trouve aucune perforation sur les faces de l'estomac, ni au niveau du pylore

et du duodénum. L'état alarmant du malade ne permet pas de prolonger l'exploration et de pratiquer un décollement duodénal. Perforation postérieure de cet organe?

On se contente de drainer et de refermer rapidement la paroi. Drain sus-pubien. Exitus, après dix jours d'agonie, avec un pouls croissant de 120 à 130 pulsations, et hyperthermie à 38, 39°.

OBSERVATION XVIII. — *Perforation d'un ulcère du pylore, opéré à la quatorzième heure. Guérison. Résultat éloigné excellent.*

B... L..., 39 ans, ébéniste, souffrait depuis un an de l'estomac et avait quelquefois vomi. Adressé d'urgence pour perforation gastrique, le malade nous dit que la veille, vers une heure et demie de l'après-midi, après le repas, il a été pris de douleurs violentes, « comme des coups d'épée ». Il présente, en effet, les signes les plus typiques d'une perforation : ventre de bois, disparition de la matité hépatique, etc...

Intervention le lendemain matin, à 6 heures (quatorzième heure. FRANÇOIS, interne). On trouve une perforation d'un ulcère du pylore. Enfouissement simple, mèche au contact. Pas de gastro-entérostomie ; drainage hypogastrique complémentaire.

Suites opératoires : le malade est au plus mal pendant deux jours, puis semble aller mieux ; le huitième jour, hémathémèse abondante. Il guérit cependant.

Suivi et revu récemment, le malade va très bien depuis son opération et n'a plus jamais souffert. Il a suivi un régime pendant un an.

L'examen radiologique (juin 1936) montre un estomac qui se contracte énergiquement ; dilatation considérable de l'antré. Passages pyloriques espacés.

OBSERVATION XIX. — *Ulcère perforé opéré à la trentième heure. Tamponnement. Exitus.*

M... V..., 28 ans, tonnelier, souffrait de l'estomac depuis plusieurs mois. Trente heures avant son admission dans le

service de M. le professeur HAMANT, le 4 avril 1930, il a ressenti une douleur extrêmement violente au creux épigastrique. Il se présente avec un faciès terreux, anxieux, l'abdomen légèrement ballonné, contracturé, de bois, respirant mal. Opération immédiate (D^r CHALNOT) : on trouve un liquide abondant, de l'œdème du mésocolon transverse ; le décollement colo-épiploïque laisse couler un flot purulent, et découvre d'abondantes fausses membranes, et des adhérences entre l'estomac et le pancréas. On trouve un ulcère perforé de la face postérieure à un travers de doigt de la petite courbure.

On se contente de faire un large tamponnement de l'arrière-cavité, en y laissant un gros drain.

Exitus, le quatrième jour, par péritonite.

OBSERVATION XX. — *Ulcère perforé, opéré de suite. Guérison.*

B... Ch..., 20 ans, manœuvre, avoue des excès de boissons fréquents. Le 14 mai 1930, il fêtait avec des camarades la conscription et avait bu beaucoup de bière. Dans la soirée, il est pris brusquement de douleurs excessivement vives au creux épigastrique, vomit légèrement, se trouve mal, ne peut se relever ; il ne présente *aucun passé gastrique*.

Amené de suite par son médecin, à l'hôpital, il y est opéré, deux heures après l'accident (D^r CHALNOT).

Le diagnostic porté est une perforation gastrique (malade shocké, avec un pouls cependant bien frappé à 80 ; abdomen contracturé, de bois, ne respirant pas ; sonorité préhépatique).

Sous anesthésie au Schleich, laparotomie médiane, sus-ombilicale. Liquide sans débris alimentaires, assez abondant. Perforation d'un ulcère de la face antérieure de l'antra prépylorique de la taille d'un gros pois.

Enfouissement par deux bourses au catgut C.G.I. superposées et troisième plan de suture, transversal ; un lambeau d'épiploon est fixé par quelques points sur les sutures. Drainage sus-pubien. Pas de gastro-entérostomie. Fermeture en un plan à la grosse soie.

Suites simples : le malade sort guéri au bout de trois semaines.

OBSERVATION XXI. — *Ulcère perforé. Suture simple. Bon résultat éloigné.*

B... G..., 32 ans, vigneron, est entré le 1^{er} août 1930, pour appendicite aiguë. Il n'accuse pas de passé gastrique net : quelques pituites matinales rares. Ne se sentant pas bien à midi, il n'a absorbé qu'une tasse de café ; à 17 heures, il est pris de violentes douleurs dans le ventre.

On constate que celui-ci est dur, contracturé, surtout au creux épigastrique, le maximum de la douleur provoquée siège bien dans la fosse iliaque droite ; la matité hépatique n'est pas diminuée.

Le diagnostic n'étant pas certain, une incision de Jalaguier est d'abord pratiquée. L'appendice n'est pas malade ; du liquide gastrique s'échappe. Par laparotomie sus-ombilicale, on trouve une perforation gastrique, qui est suturée et enfouie. On place un drain sous le foie et, par l'incision de Jalaguier, on draine le Douglas. On n'a pas pratiqué de gastro-entérostomie (D^r BODART).

Le malade sort guéri le vingt-quatrième jour.

Il est revu en juin 1936, en excellente santé ; il n'a jamais souffert de l'estomac, et, après avoir suivi un régime pendant six mois, mange de tout et digère facilement.

L'examen radiologique nous a montré un estomac hypersténique avec de profondes incisures, mais des contractions lentes. Pas d'image anormale ; contours nets, souples, indolores à la palpation.

OBSERVATION XXII. — *Ulcère perforé chez un homme de 57 ans. Opération. Exitus.*

H... H..., 57 ans, manœuvre, est opéré à la huitième heure, le 22 août 1930, d'une perforation d'un ulcère gastrique. Le malade est très shocké, son pouls est mauvais, petit et irrégulier.

gulier. La perforation est suturée et enfouie rapidement. Un drain épigastrique est placé au voisinage, et on lui adjoint le classique drainage sus-pubien.

Exitus le lendemain, dans le collapsus algide.

OBSERVATION XXIII. — *Ulcère perforé gastrique. Suture et drainage. Guérison.*

S... J..., manœuvre, est opéré d'urgence le 1^{er} septembre 1930, pour une perforation gastrique, datant de dix-huit heures; suture et enfouissement, sans gastro-entérostomie complémentaire; drainage au contact et drainage sus-pubien (D^r BODART).

La paroi, suturée en un plan à la soie, suppure abondamment et lâche partiellement le dixième jour. Des tractions sur les bords, au moyen d'un corset de leucoplaste, assure cependant une bonne cicatrisation.

OBSERVATION XXIV. — *Perforation d'un ulcère calleux du duodénum, chez un homme de 64 ans; suture et drainage. Guérison.*

B... J..., 64 ans, ouvrier teinturier, souffre de l'estomac depuis de longues années. Il a été pris, il y a cinq heures, d'épigastrie très intense. Il se présente avec une contraction modérée, mais plus nette dans la région sus-ombilicale, et de la sonorité préhépatique. Pouls à 120.

Laparotomie sus-ombilicale (D^r CHALNOT): gros ulcère calleux du versant duodénal du pylore, présentant une perforation de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Plicature transversale par deux rangées de sutures; épiplooplastie. Deux mèches et un drain sont placés au contact. Drainage sus-pubien. Pas de gastro-entérostomie complémentaire. Fermeture de la paroi en un plan à la grosse soie.

Suites immédiates bonnes.

OBSERVATION XXV. — *Ulcère perforé de la face antérieure de l'estomac. Cinquième heure. Suture simple. Guérison.*

M... E..., 49 ans, menuisier, est affligé d'un passé gastrique ancien. Le 25 septembre 1930, à 5 heures du soir, il est frappé d'une douleur brutale au creux épigastrique; conduit immédiatement à l'hôpital, nous lui trouvons les signes typiques de la perforation gastrique: ventre de bois, sonorité préhépatique, matité des fosses iliaques; il a présenté quelques *vomissements*.

Il est opéré à 22 heures (D^r CHALNOT): anesthésie générale au Schleich, laparotomie médiane sus-ombilicale, donnant issue à un flot énorme de liquide lactescent et de gaz. On trouve un ulcère perforé de la taille d'un gros pois, situé sur la face antérieure de l'antré. Enfouissement par deux bourses successives au catgut collargolé; épiplooplastie; mèche et drain au contact et gros drain sus-pubien. Fermeture de la paroi en un plan, à la grosse soie. Guérison.

OBSERVATION XXVI. — *Perforation d'un ulcère duodénal ancien, opéré à la douzième heure; suture simple; très bon résultat éloigné.*

V... J.-B..., 40 ans, garçon de laboratoire, souffrait depuis 1923 de l'estomac, et vomissait fréquemment, trois à quatre heures après les repas, malgré le traitement médical suivi. Le 1^{er} octobre 1930, après le repas du soir, il est pris brusquement d'une violente douleur épigastrique, comme un coup de fusil. Cette douleur, après accalmie, le reprend à deux reprises dans la nuit; le malade appelle son médecin, le matin, et arrive à l'hôpital à 9 heures: douleurs épigastriques, encore violentes, ventre de bois, sonorité préhépatique très marquée, *vomissements* bilieux, faciès anxieux et fatigué.

Il est opéré douze heures après l'apparition des premières douleurs violentes (D^r CHALNOT): flot de bile à l'ouverture; l'estomac se laisse difficilement attirer et l'ulcère duodénal se déchire au niveau de la perforation. Suture et enfouissement

en trois plans, au catgut collargolé. Epiplooplastie. Mèche et drain *in situ*, et gros drain sus-pubien. Pas de gastro-entérostomie, malgré le siège duodénal de l'ulcère. Fermeture de la paroi en un plan.

Suites simples. Ablation du drainage épigastrique le huitième jour. Sortie le 30 octobre.

Revu le 24 mars 1936, le malade nous affirme qu'il n'a plus jamais souffert et vomi, qu'il digère bien tous les aliments et qu'il a suivi un régime pendant deux ans.

L'*examen radioscopique* nous a montré un estomac qui se contractait énergiquement, avec passage de la bouillie par le pylore par bouchées, cinq minutes après l'absorption. La région pyloro-duodénale, non douloureuse, reste cependant déformée sur le cliché radiographique.

OBSERVATION XXVII. — *Malade de 69 ans, opéré d'ulcère calleux perforé du pylore. Suture et gastro-entérostomie (dizième heure). Sans nouvelles.*

B... C..., 69 ans, cultivateur, souffrait depuis deux ans. Le vendredi 3 octobre 1930, ressent quelques douleurs dans la journée; vers minuit, douleur violente et subite.. Vu à 7 heures par son médecin, qui nous l'envoie, il est opéré le samedi à 10 heures (D^r BODART) sur la constatation d'un ventre dur comme pierre, avec sonorité préhépatique et matité iliaque droite.

Anesthésie *locale*, laparotomie sus-ombilicale. On trouve un ulcère calleux du pylore, présentant une perforation de la taille d'un gros pois. Suture au gros catgut et à la Reverdin. Epiplooplastie. Gastro-entérostomie postérieure au bouton. Drainage sus-pubien.

Les suites furent simples, malgré l'indiscipline du malade qui absorbe des bananes dès l'opération, vomit, arrose sa plaie avec de la tisane, etc... Léger météorisme abdominal, qui cède à une injection de péristaltine.

Sans nouvelles.

OBSERVATION XXVIII. — *Ulcère perforé, en plusieurs temps, chez un malade déjà opéré de gastro-entérostomie. Suture. Guérison.*

M... J..., manœuvre, a été opéré de gastro-entérostomie en 1926, pour ulcus gastrique, mais il ne suivait aucun régime, buvait du vin, et souffrait d'une façon presque continue de douleurs variables d'intensité, après chaque repas. Il vomissait souvent, n'avait jamais saigné.

Le 16 décembre 1930, il ressent, dans l'après-midi, une très forte douleur épigastrique; il est vu le 18 décembre par son médecin qui l'envoie à l'hôpital, avec le diagnostic de bronchite. L'interne de garde appelle le chirurgien (D^r BODART), sur la constatation d'un ventre tendu, avec douleur épigastrique vive, légère diminution de la matité hépatique. Il existe de fait, en plus, une bronchite intense.

Anesthésie locale. On trouve un ulcère perforé de la petite courbure, haut situé, difficile à enfourer; on se sert de l'aiguille de Reverdin et de gros catgut. Epiplooplastie. Drainage *in situ* et sus-pubien. Fermeture à la soie en un plan.

Suites assez difficiles: le malade, atteint d'une bronchite sévère, réclame du vin les jours qui suivent l'opération, et présente un tremblement intense qui fait craindre le delirium tremens. Le 5 janvier, il va bien et se lève pour la première fois.

OBSERVATION XXIX. — *Ulcère perforé de la petite courbure. Suture. Guérison.*

P... L..., 26 ans, camionneur, présente, dans ses antécédents héréditaires, un cancer d'estomac dont est mort son père.

Lui-même a été opéré d'appendicite il y a un an. Depuis six ou sept mois, il souffre de l'estomac une heure environ après les repas, par périodes. Il s'est soigné à l'aide de médicaments recommandés en quatrième page des journaux, et avoue des habitudes d'intempérance: deux litres et demi de vin par jour, et plus, dit-il.

Le 31 décembre 1930, à 10 heures du soir, après les libations du Réveillon, le malade est pris subitement de douleurs extrêmement violentes, perd connaissance et tombe à terre, vomit abondamment aliments et liquides, puis se relève et vient de lui-même à l'hôpital, environ deux heures après le début des accidents. Il est encore en état d'ébriété complète.

Ventre de bois, disparition de la matité hépatique.

Sous anesthésie au Schleich, il est opéré de suite (D^r BODART); le péritoine bombe à l'ouverture, et laisse fuir des gaz. On trouve un ulcère perforé de la petite courbure, au voisinage du pylore. Suture et enfouissement simple, avec épiplooplastie. Pas de gastro-entérostomie. Drainage sus-pubien.

Suites simples, malgré un subictère net des conjonctives.

OBSERVATION XXX. — *Ulcère perforé duodéal. Suture et gastro-entérostomie. Guérison.*

B... S..., 35 ans, carrier de son métier, présente depuis un an environ des périodes durant lesquelles il souffre beaucoup de l'estomac.

Le 2 juin 1931, à 11 heures du matin, il est pris de très violentes douleurs dans tout l'abdomen, subitement, et vomit abondamment.

Il est admis à l'hôpital vers 16 heures, et présente des signes typiques d'une perforation gastrique; on l'opère immédiatement (cinquième heure): laparotomie sus-ombilicale (D^r BODART), ulcère perforé du versant duodéal du pylore, suture et enfouissement, gastro-entérostomie; fermeture sans drainage de l'incision épigastrique, drainage sus-pubien.

Suites simples.

OBSERVATION XXXI. — *Perforation d'un néoplasme gastrique; opération; exitus.*

W... E..., 48 ans, souffrait de l'estomac depuis quelques semaines; le 28 février, il est pris d'une violente douleur épigastrique, et conduit à l'hôpital environ dix heures après son

apparition; l'intervention, pratiquée de suite (D^r BODART) révèle une perforation au niveau d'un gros néoplasme gastrique; oblitération à l'aide d'un lambeau d'épiploon. Drainage sus-pubien. Décès.

OBSERVATION XXXII. — *Ulcère perforé duodénal, opéré à la vingt-sixième heure. Guérison.*

P... A..., 30 ans, boulanger, souffre de l'estomac depuis juillet 1930; douleurs tardives, sensation de faim douloureuse, calmées par l'ingestion d'aliments. Durant son travail de nuit, le malade calmait ses douleurs en mangeant des croissants.

Le vendredi 20 mars 1931, à 3 heures et demie de l'après-midi, il ressent une violente douleur, en barre, du côté droit de l'épigastre; le lendemain la douleur est encore très marquée, mais surtout dans la fosse iliaque droite, et il vomit. Il nous est adressé par appendicite aiguë, et nous le voyons vers 6 heures du soir. L'abdomen est souple; on éveille une très vive douleur à droite; pas de fièvre; pouls à 100.

Incision de Jalaguier: appendice sain, rapidement enlevé. Du liquide lactescent inodore s'échappe. Il n'existe pas de diverticule de Meckel. Laparotomie sus-ombilicale médiane (D^r CHALNOT): ulcère duodénal perforé, couvert d'une frange épiploïque. Suture en bourse, fixation par quelques points d'un lambeau épiploïque. Mèche et drain au contact, et gros drain dans l'incision de Jalaguier.

Suites simples.

OBSERVATION XXXIII. — *Perforation d'un ulcère du pylore chez un homme de 76 ans. Suture. Exitus.*

V... J..., 76 ans, ancien comptable, se présente le 15 avril 1931, dans un très mauvais état général, avec un ventre de bois; il avait été pris brusquement de douleurs épigastriques, avec vomissements, environ *neuf heures* plus tôt.

Laparotomie sus-ombilicale (D^r CHALNOT): ulcère pylorique perforé. Suture et enfouissement. Pas de gastro-entérostomie. Drainage sus-pubien. Décès.

OBSERVATION XXXIV. — *Perforation « itérative » d'un ulcère du pylore, opéré à la seizième heure. Exitus.*

V... J..., 38 ans, cafetier, a déjà été opéré pour ulcère perforé de l'estomac, il y a deux ans. Le 8 mai 1931, il fut repris des mêmes douleurs, et fit lui-même le diagnostic d'une nouvelle perforation. Malheureusement le malade, qui vient d'une localité éloignée, ne peut être opéré qu'à la seizième heure.

Sous anesthésie au Schleich, laparotomie sus-ombilicale, sur l'ancienne incision (D^r BODART): issue de gaz et de liquide gastrique. Ulcère perforé du pylore, suture au catgut fin. Gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay. En créant un drainage sus-pubien, on tombe sur une anse grêle adhérente à la paroi. Enfouissement rapide d'une légère blessure de l'anse.

Décédé le 9 mai, de péritonite suraiguë.

OBSERVATION XXXV. — *Ulcère perforé d'estomac. Suture simple. Guérison.*

S... F..., 37 ans, peintre polonais, présente des antécédents gastriques récents. Il aurait souffert un jour, il y a quelques semaines, et depuis trois jours, il se plaignait de vives douleurs d'estomac. Le 3 juin 1931, à midi, il est pris d'une très violente crise épigastrique, va jusqu'à la consultation de son médecin, et y tombe en syncope. Dirigé sur Nancy, il nous arrive vers 9 heures du soir, et est opéré immédiatement (D^r BODART): suture et enfouissement de la perforation, mèches et drain au contact; drainage sus-pubien; suites simples.

Le malade est reparti à l'étranger, et nous n'avons pu avoir de ses nouvelles.

OBSERVATION XXXVI. — *Ulcère perforé d'estomac. Suture et gastro-entérostomie. Guérison.*

S... H..., manœuvre, est admis en juin 1931, et opéré d'urgence pour ulcère perforé d'estomac: suture et enfouissement

de la brèche; gastro-entérostomie au bouton; drainage local par mèches et tube de caoutchouc; drainage du cul-de-sac de Douglas, par une boutonnière sus-pubienne.

Guérison.

OBSERVATION XXXVII. — *Ulcère perforé d'estomac. Suture simple. Guérison.*

N... A..., chef d'équipe, entre le 4 septembre 1931 pour ulcère perforé d'estomac. Il est opéré de suite: laparotomie médiane sus-ombilicale; on trouve une perforation d'un ulcère gastrique; suture et enfouissement, drainage au contact par mèche et drain; contre-incision sus-pubienne de drainage, par gros tube de caoutchouc.

Guérison.

OBSERVATION XXXVIII. — *Ulcère perforé d'estomac, « chez une femme ». Suture simple. Bon résultat éloigné.*

M^{me} H..., 52 ans, ménagère, souffre de l'estomac depuis une dizaine de jours, trois heures environ après les repas; l'ingestion d'aliments la calme. Le 13 mai 1931, à 11 heures du matin, cette femme éprouve brusquement une vive douleur épigastrique, irradiant dans le dos et la fosse iliaque droite; sudation abondante, lipothymies, nausées. Elle arrive au service à 15 heures. Examen région épigastrique très douloureuse, ventre de bois, disparition de la matité hépatique.

Cinq heures environ après le début des accidents, laparotomie médiane sus-ombilicale, sous anesthésie au Schleich. On trouve un petit ulcus, avec perforation du volume d'un pois, au niveau de la région antérieure de l'antrum prépylorique.

Enfouissement par trois plans de sutures au catgut n° 1, très simple; on laisse une mèche et un drain au contact.

Fermeture de la paroi en un plan à la soie. Drainage sus-pubien (D^r CHALNOT). Suites simples.

Revue en mars 1936, cette femme est très satisfaite du résultat. Elle a suivi un régime pendant deux mois seulement. Elle n'a plus souffert, et a pris du poids.

L'*examen radiologique* nous a montré un estomac ptosé, mais souple et indolore, qui se contracte lentement et s'évacue de même.

OBSERVATION XXXIX. — *Ulcère perforé d'estomac. Suture simple. Très bon résultat éloigné.*

W... L..., 42 ans, camionneur, n'a *jamais souffert* de l'estomac. Le 4 octobre 1931, alors qu'il venait d'absorber un verre de vin, à 7 heures du matin, il est pris d'une douleur en coup de poignard à l'épigastre. Le D^r FINK nous l'adresse de suite, pour ulcère perforé. Il est opéré à la troisième heure (D^r BODART) : suture simple de la perforation, pas de gastro-entérostomie, mèche et drain épigastrique, et drainage sus-pubien.

Sorti le vingtième jour.

N'a plus jamais souffert ; digère très bien tout ce qu'il absorbe, mais suit encore un régime, en avril 1936.

L'*examen radiologique* montre un estomac d'apparence normale, et se vidant bien, par des passages rapides de la bouillie par le pylore. Sur le cliché radiographique, aucun aspect pathologique.

OBSERVATION XL. — *Ulcère perforé du pylore. Suture et gastro-entérostomie. Guérison.*

Z... W..., 28 ans, manœuvre, est doté d'un passé gastrique datant de plus d'un an ; il souffrait de douleurs à horaire tardif et ne vomissait pas. Le 10 décembre 1931, à 10 heures du matin, il ressent de très violentes douleurs épigastriques et *vomit*. Arrivé à l'hôpital à 14 h. 30, il se présente avec un ventre de bois, une région épigastrique très douloureuse et un pouls à 90 ; disparition de la matité hépatique.

Laparotomie médiane sus-ombilicale (D^r CHALNOT), sous anesthésie au Schleich. On trouve une perforation pylorique

de la taille d'un pois, qui est suturée au catgut fin, après plicature en gouttière. Gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay. Drainage sus-pubien. Guérison.

Le malade quitte la clinique le 20 janvier 1932 et n'a pu être retrouvé.

OBSERVATION XLI. — *Ulcère perforé d'estomac. Opération. Guérison.*

L... Ch... est admis le 27 janvier 1932 pour syndrome abdominal aigu. Intervention d'urgence: il s'agit d'un ulcère perforé de l'estomac, qui est suturé. Guérison.

OBSERVATION XLII. — *Perforation d'un néoplasme gastrique chez un homme de 59 ans. Laparotomie « in extremis ». Exitus.*

V... J..., 59 ans, nous est conduit, en février 1932, pour une occlusion intestinale remontant à plusieurs jours. Très mauvais état général. On pratique cependant une laparotomie explorative qui révèle la cause de la péritonite: il s'agit d'une perforation d'un néoplasme gastrique. On referme la paroi sur un drain, en un seul plan aux crins. Exitus le jour même.

OBSERVATION XLIII. — *Perforation d'un ulcère gastrique. Suture. Guérison.*

K... V... entre le 25 mars 1932, et subit immédiatement une laparotomie, pour ulcère perforé de l'estomac. Suture. Guérison.

OBSERVATION XLIV. — *Ulcère perforé du pylore. Suture simple. Résultat éloigné très satisfaisant.*

B... P..., 32 ans, mécanicien, souffre de l'estomac depuis un mois, environ deux heures après les repas. Ses douleurs sont calmées par la prise d'aliments ou de poudres alcalines. Le dimanche 3 avril 1932, est pris d'une très vive douleur

épigastrique qui le force à s'aliter, vers 16 heures. Son médecin nous l'adresse à l'hôpital où le malade se rend par ses propres moyens, en motocyclette.

Il n'a pas vomi, et présente une contracture abdominale intense, avec disparition de la matité hépatique, pas de fièvre, pouls à 110.

Laparotomie vers 23 heures (septième heure) : gaz et liquide abondant à l'ouverture ; ulcère perforé de la taille d'une *tête d'épingle* en verre, à bords souples, de la région pylorique. Enfouissement par deux surjets au catgut O.

Pas de gastro-entérostomie. Drainage sus-pubien, qui donne issue à beaucoup de liquide (D^r CHALNOT). Suites simples.

Le malade est *revu* le 23 mars 1936. Il a suivi son régime pendant un an environ, et n'a plus jamais souffert de l'estomac.

L'examen radiologique montre une région pylorique souple, indolore, mais déformée. Les passages de la baryte s'effectuent bien et l'estomac se vide dans les délais normaux.

OBSERVATION XLV. — *Ulcère duodénal perforé, opéré à la vingt-quatrième heure. Exitus.*

D... E..., tourneur, était en observation (suivi par son médecin) depuis vingt-quatre heures, pour crise ulcéreuse très douloureuse, et avait eu plusieurs injections de morphine. Le 20 avril 1932, il entre dans un service de médecine, d'où il nous est immédiatement adressé, à cause du tableau d'abdomen aigu qu'il présente.

Laparotomie pénible, en raison d'une mauvaise anesthésie ; liquide gastrique abondant, perforation duodénale, rapidement enfouie, drainage sus-pubien, pas de gastro-entérostomie (D^r CHALNOT).

Exitus le lendemain.

OBSERVATION XLVI. — *Ulcère perforé du pylore, opéré le troisième jour. Exitus.*

M... F... est envoyé le 6 mai 1932, pour occlusion. Le début des accidents et de la douleur remonte à trois jours; le ventre est distendu, météorisé.

On intervient à droite (incision de Jalaguier): liquide gastrique. Laparotomie médiane (D^r CHALNOT): on trouve une perforation d'un ulcère du pylore; simple tamponnement et drainage.

Décès dans la nuit.

OBSERVATION XLVII. — *Ulcère perforé d'estomac; suture simple. Guérison.*

G... E..., menuisier, entré le 19 mai 1932, est opéré d'urgence pour une perforation d'ulcère gastrique. Suture simple. Drainage sus-pubien. Suites simples.

OBSERVATION XLVIII. — *Ulcère perforé duodénal, opéré dans de mauvaises conditions. Tamponnement simple. Bon résultat éloigné.*

B... D..., 57 ans, maçon, n'a jamais souffert de l'estomac. Le 28 mai 1932, il est pris brusquement à 10 heures du matin, après un casse-croûte, d'une violente douleur abdominale; on l'emmène chez lui en voiture; son médecin nous l'envoie le lendemain avec le diagnostic de péritonite appendiculaire.

Il est opéré le 29 mai 1932, vers midi, vingt-six heures après le début des accidents (D^r CHALNOT). Incision de Jalaguier, agrandie vers le haut: liquide gastrique et bile; on trouve un ulcère duodénal calleux, qui présente une perforation large comme une pièce de cinquante centimes. Simple tamponnement par un Mickulicz, et drain par l'incision latérale droite. Il s'agit d'un malade obèse et emphymateux. Les suites opératoires ne furent troublées que par une suppuration intense de la plaie opératoire.

Le malade a été revu en juin 1936, il suit encore un régime mais n'a plus jamais souffert de l'estomac. Il ressent simplement quelques tiraillements au niveau de la cicatrice, où on constate l'existence d'une éventration, que le malade contient par une ceinture appropriée.

L'examen radiologique montre un estomac allongé, dont la région pylorique est attirée à droite, vers la région opératoire. Contractions lentes, passages pyloriques espacés. Les parois gastriques et duodénales sont souples et indolores.

OBSERVATION XLIX. — *Ulcère duodéal perforé, chez un homme de 59 ans, opéré à la seizième heure; suture simple. Exitus.*

F... R..., 59 ans, garçon de culture, est vu tardivement, à la seizième heure, et opéré pour un ulcère perforé du duodénum de la taille d'une pièce de cinquante centimes; liquide vert très abondant.

Fermeture de la perforation par quelques points; drain et mèches au contact. Drainage sus-pubien. Fermeture de la paroi en un plan.

Exitus.

OBSERVATION L. — *Ulcère perforé couvert du pylore. Suture; gastro-entérostomie. Bon résultat éloigné.*

M... M..., 28 ans, mécanicien, souffre depuis des années, avant le service militaire, de l'estomac et vomit de temps à autre. Le 3 juin 1932, à 18 h. 30, il est pris d'une violente douleur épigastrique; il était à jeun, depuis midi, où il avait d'ailleurs peu mangé. Transporté à l'hôpital en ambulance, il y est gardé en observation; il semble qu'il s'agisse d'une poussée ulcéreuse particulièrement douloureuse, sans contracture nette de la paroi abdominale, sans disparition de la matité hépatique. Le 8 juin 1932 cependant, nouvelle douleur violente, contracture discrète, sonorité préhépatique surtout.

Une laparotomie sus-ombilicale (D^r CHALNOT) laisse échapper des gaz. Pas de liquide. On trouve un ulcère perforé du

pylore, recouvert par une languette hépatique qui adhère très peu. Suture en trois étages de la perforation. Gastro-entérostomie postérieure à la suite, en trois plans. Aucun drainage.

Trois mois après l'opération, à la suite d'écarts de régime, le malade a eu une crise douloureuse qui, depuis cette époque, ne s'est jamais reproduite.

Revu en 1936, va bien.. L'examen radiologique montre un estomac ptosé, mais qui se vide très vite par la gastro-entérostomie et par le pylore. Les parois gastriques sont souples, mobiles, non déformées.

OBSERVATION LI. — *Ulcère du pylore. Suture simple. Persistance des douleurs. Gastro-entérostomie secondaire. Très bon résultat éloigné.*

L... R..., 21 ans, n'a jamais souffert de l'estomac. Le 10 août 1932, à 10 heures du matin, il ressent subitement de violentes douleurs dans tout l'abdomen. On porte le diagnostic d'appendicite.

Intervention (D^r CHALNOT) à 17 h. 30. Incision de Jala-guier, l'appendice est sain ; liquide gastrique. Laparotomie sus-ombilicale : on trouve un ulcère perforé du pylore. Suture simple et drainage, local par mèches et drain, et sus-pubien.

Le malade continue à souffrir, et revient en avril 1933 : on lui fait alors une gastro-entérostomie en trois plans, à la suture (Prof. HAMANT).

Depuis lors, le malade va tout à fait bien. Le 29 avril 1936, il est *revu*, il nous dit n'avoir jamais plus souffert. *Radiologiquement*, on constate une hypertonie gastrique, l'estomac est petit, et s'évacue par bouchées rapides, surtout par la bouche de gastro-entérostomie. La région pylorique est souple, mobile, indolore.

OBSERVATION LII. — *Ulcère perforé du duodénum, opéré à la douzième heure ; péritonite. Décès.*

Le 25 juin 1932, W... E..., 37 ans, est opéré la douzième heure pour ulcus perforé (D^r CHALNOT). On trouve du liquide

jaunâtre dans le péritoine, les parois gastriques et intestinales sont rouges, dépolies, recouvertes de plaques fibrineuses. Le foie volumineux recouvre le pylore et le duodénum, où l'on découvre une perforation *postérieure*. Suture. Méchage local et drainage. Fermeture de la paroi en un plan à la soie. Mort de péritonite.

OBSERVATION LIII. — *Ulcère perforé d'estomac, vu tardivement. Opération. Exitus.*

Le 19 août 1932, Th... L..., ouvrier d'usine, malade depuis plusieurs jours, nous est amené en mauvais état, avec des signes évident de péritonite. Laparotomie, suture d'un ulcère perforé; drainage au contact. Décès.

OBSERVATION LIV. — *Ulcère duodénal perforé, opéré le troisième jour. Exitus.*

Le 8 juillet 1932, M... O..., 47 ans, arrive en pleine péritonite, au troisième jour, à l'hôpital. Une incision de Jalaguier donne issue à un flot de bile; on agrandit vers le haut; la vésicule est normale; tamponnement d'un ulcère perforé du duodénum. Fermeture rapide de la paroi, en un plan, aux crins. Mort le soir même.

OBSERVATION LV. — *Ulcère perforé d'estomac. Opération. Guérison.*

D... M... est opéré le 5 septembre 1932 pour ulcère perforé d'estomac: suture et drainage. Guérison.

OBSERVATION LVI. — *Ulcère perforé du duodénum. Opération tardive. Décès.*

M... G..., vu très tardivement, pour perforation d'un ulcère duodénal, est cependant opéré: suture simple et drainage. Décès.

OBSERVATION LVII. — *Perforation gastrique, chez une « femme de 79 ans ». Opération. Guérison.*

M^{me} L... M..., 79 ans, se plaignait depuis longtemps de troubles dyspeptiques; elle vomissait quelquefois.

Le 2 décembre 1932, elle nous est adressée avec le diagnostic de hernie étranglée. Elle présente en effet une hernie inguinale droite, qui est douloureuse, mais pas très tendue. Au niveau de la fosse iliaque droite, il existe une légère défense. Le diagnostic chez une femme très âgée, est hésitant; on pratique d'abord une incision sur la hernie: le sac est inhabité, et du ventre s'écoule du liquide jaunâtre. On agrandit l'incision vers le haut, pour atteindre l'appendice, qui est légèrement rouge. Il est enlevé rapidement. Un gros drain est introduit dans le Douglas et donne issue à un liquide lactescent abondant, signant le diagnostic de perforation digestive. Une laparotomie sus-ombilicale enfin montre l'existence d'un petit ulcère perforé du pylore, qui est suturé très simplement. Pas de gastro-entérostomie (D^r CHALNOT).

Suites très simples, dans l'apyrexie complète.

OBSERVATION LVIII. — *Perforation duodénale, par balle de revolver. Suture. Guérison.*

M^{me} D..., 28 ans, victime le 14 juin 1932, d'une blessure abdominale par coup de revolver, est opérée aussitôt. On trouve une perforation duodénale qui est suturée et enfouie; on laisse un petit drain. Guérison.

OBSERVATION LIX. — *Ulcère perforé de la petite courbure.*

Suture et gastro-entérostomie au bouton. Sténose de la bouche deux ans plus tard.

D... Ch..., 32 ans, frappeur, est opéré le 27 février 1933, à la septième heure (D^r CHALNOT): ulcère calleux, gros comme une orange, haut situé sur la petite courbure. Il est impossible de suturer la perforation ou de faire une plicature. On bouche

la perforation au moyen d'un lambeau d'épiploon, soigneusement appliqué par plusieurs points de suture.

Gastro-entérostomie postérieure au bouton. Petit Mickulicz au contact de l'ulcère. Drainage sus-pubien.

Le 16 mai 1935 le malade revient nous voir parce qu'il digère péniblement et souffre de nouveau. L'examen radiologique montre l'existence d'une *sténose pylorique*, et le non-fonctionnement de la bouche de gastro-jéjunostomie: liquide de stase abondant, estomac dilaté en cuvette, sans contractions.

Le 21 mai 1935, réintervention (Prof. HAMANT): dégastro-entérostomisation d'une bouche complètement sténosée, et création d'une nouvelle anastomose gastro-jéjunale, large, en trois plans de suture; le 2 juin, le malade sort de l'hôpital, ne souffrant plus.

OBSERVATION LX. — *Ulcère perforé du pylore, opéré la neuvième heure. Exitus.*

Le 5 avril 1933, C... A..., 28 ans, peintre, est opéré la neuvième heure (D^r CHALNOT): ulcère perforé du pylore. Suture et enfouissement. Gastro-entérostomie postérieure au bouton. Drainage par un tube de caoutchouc placé dans la région du carrefour sous-hépatique.

Péritonite et complications pulmonaires terminales. Le malade meurt six jours après l'opération, dans le collapsus algide.

OBSERVATION LXI. — *Ulcère perforé du pylore. Suture et drainage. Guérison.*

V... Ed..., 24 ans, est vu deux heures après le début des accidents, et opéré immédiatement, sous anesthésie *locale*: on trouve un ulcère calleux du pylore perforé. Oblitération par plicature et deux étages de sutures; pas de gastro-entérostomie. Mèches et drain au contact de l'ulcère. Guérison.

OBSERVATION LXII. — *Ulcère perforé chez un homme de 57 ans. Suture et drainage. Très bon résultat éloigné.*

S... H..., 57 ans, manoeuvre, souffrait et vomissait depuis au moins deux ans, mais n'avait suivi aucun régime ni traitement. Le 27 mai 1933, à 17 heures, alors qu'il venait d'absorber un verre de vin, il est pris d'une douleur violente, en coup de poignard, au creux épigastrique. Il est amené en automobile à l'hôpital, où on l'opère vers 21 heures : suture et enfouissement de la perforation. Pas de gastro-entérostomie. Mèche et drain au contact de l'ulcère. Suites simples.

Le malade, *revu* en juin 1936, va tout à fait bien, n'a plus jamais souffert, bien qu'il n'ait suivi aucun régime, et a pris du poids.

OBSERVATION LXIII. — *Ulcère perforé de la petite courbure. Suture et drainage. Décès.*

Le 31 mai 1933, F... Ch..., 54 ans, sans profession, est vu neuf heures après le début des accidents : il s'agit d'un malade cachectique, jaune, bronchitique. Sous anesthésie locale, on fait une laparotomie médiane sus-ombilicale (ROTHAN) : une quantité considérable de liquide jaunâtre et de fausses membranes est aspirée. On trouve à la partie moyenne de la petite courbure, un ulcère calleux perforé, qui est enfoui sous deux rangs de suture, par plicature. Drainage sus-pubien. Fermeture de la paroi en un plan à la grosse soie. Décès.

OBSERVATION LXIV. — *Ulcère perforé opéré la quinzième heure. Suture et drainage. Très bon résultat éloigné.*

D... L..., 29 ans, tisserand, se plaint de l'estomac depuis six mois, nausées, régurgitations acides, pituite matinale. Depuis huit jours il souffre beaucoup. Le dimanche 11 juin 1933, à 11 heures du matin, alors que le malade s'exerçait à jouer du trombone, il est pris d'une violente douleur en coup de poignard au creux épigastrique. Il avait déjeuné comme de cou-

tume à 7 heures. Il est opéré le 12 à 2 heures du matin (D^r BEAU): le malade semble en très mauvais état. Anesthésie locale. Il s'agit d'un ulcère juxta-pylorique perforé, avec liquide abondant dans la cavité abdominale. Oblitération par deux surjets d'enfouissement. Epiplooplastie. Drain sus-pubien. Suites simples.

Le malade a suivi un régime pendant dix-huit mois environ, puis s'est mis à manger de tout, sauces, salades, vin, etc...

Nous l'avons *revu*, le 26 octobre 1936. Il va très bien, et n'a plus jamais souffert, digère n'importe quoi, et ne se plaint que d'une constipation chronique.

Radiologiquement, estomac allongé, dont le pylore semble fixé sous le foie. Parois gastriques hypersthéniques, hypokynétiques, souples et indolores; passages espacés de la bouillie.

OBSERVATION LXV. — *Ulcère perforé opéré la quatorzième heure. Exitus.*

M... B..., 46 ans, est vu le 6 juillet 1933, quatorze heures après le début des accidents; il s'agit d'un ulcère perforé de la petite courbure, avec liquide très abondant dans la cavité péritonéale. Suture et enfouissement de la perforation. Gastro-entérostomie à la suture (Prof. HAMANT). Drain sus-pubien. Exitus.

OBSERVATION LXVI. — *Ulcère perforé d'estomac. Suture et drainage. Bon résultat éloigné.*

L... L..., 33 ans, inspecteur d'assurances, souffre de l'estomac depuis 1920; le 11 août 1933, à 8 heures du matin, il ressent une violente douleur épigastrique, en coup de poignard. Présentant les signes typiques d'une perforation gastrique, il est opéré, vers 11 heures du matin (D^r CHALNOT). Suture et enfouissement de la perforation. Drain sus-pubien.

Revu le 14 mars 1936, le malade ne souffre plus et suit encore un régime. Sur la *radiographie* il existe encore une grosse déformation, échappant à toute description, de la partie basse de la petite courbure.

OBSERVATION LXVII. — *Ulcère perforé couvert de la petite courbure. Opération. Guérison.*

B... E..., 65 ans, cultivateur, souffre de l'estomac depuis 1915: renvois acides, sensations de brûlures épigastriques deux heures après les repas; douleurs soulagées par le vomissement.

Depuis un mois, après une période de calme de quelques mois, les souffrances ont fait leur réapparition, avec une acuité plus vive, et le malade vomit plusieurs fois par jour, chaque fois qu'il a mangé.

Le 15 septembre 1933, il entre à l'hôpital, souffrant depuis trente-six heures de douleurs excessivement violentes. Il est maigre et présente un état général très médiocre. La région épigastrique est très douloureuse et contracturée. Pas de sonorité préhépatique.

A l'intervention (D^r CHALNOT), on trouve un ulcère perforé de la petite courbure bouché par des faussés membranes fibrineuses. Dans la cavité abdominale, il y a un peu de sérosité louche. Suture de la perforation, épiplooplastie, gastro-entérostomie postérieure en trois plans de suture. Assèchement du péritoine. Pas de drainage.

Suites opératoires simples; le malade a répondu, en juin 1936, à notre *questionnaire*: il va très bien actuellement, et sans avoir d'ailleurs suivi de régime, digère bien tous les aliments; il n'a plus souffert de l'estomac.

OBSERVATION LXVIII. — *Ulcère perforé de la petite courbure; suture et gastro-entérostomie. Rétention du bouton anastomotique. Très bon résultat éloigné.*

B... A..., maçon de 35 ans, n'a jamais souffert de l'estomac, si ce n'est depuis quelques jours. Le 23 septembre 1933, à 17 heures, alors qu'il venait de prendre un peu de bière, il est pris d'une très violente douleur abdominale, avec contracture épigastrique, et disparition de la matité hépatique. Il arrive à l'hôpital à 2 heures du matin, et il est opéré peu après (D^r

CHALNOT): on trouve dans l'abdomen une grande quantité de liquide sale, et un ulcère calleux, perforé, sur la partie basse de la petite courbure. Suture au gros catgut, enfouissement et épiplooplastie. Gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. Drainage sus-pubien.

Dans les suites immédiates, on note des complications pulmonaires. A la sortie du malade, il conservait son bouton en place. Six mois plus tard, on constate radioscopiquement la *réten-tion du bouton*, toujours en place.

Le 18 mai 1936, nous revoyons le malade, qui va très bien et n'a plus jamais souffert; il suit encore un régime.

A la *radioscopie*, on ne retrouve plus cette fois le bouton. L'estomac est d'aspect normal, et l'anastomose semble fonctionner correctement. La radiographie également offre une image physiologique.

OBSERVATION LXIX. — *Ulcère perforé. Suture et gastro-entérostomie. Décès.*

D... F..., 46 ans, ouvrier d'usine, est opéré le 20 octobre 1933 pour une perforation d'un ulcère gastrique vu la huitième heure (Dr CHALNOT). Suture et enfouissement. Gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. Drain sus-pubien. Exitus.

OBSERVATION LXX. — *Ulcère perforé d'estomac. Suture et gastro-entérostomie. Résultats éloignés bons.*

J... P..., 35 ans, conducteur de camion, souffre depuis plusieurs années de « crampes » d'estomac; il vomit fréquemment. Il abuse, avoue-t-il, du vin et de l'alcool. Le 30 octobre 1933, à 14 h. 30, après un repas copieux, il est frappé d'une douleur en coup de poignard au creux épigastrique. Tableau typique de la perforation gastrique. Il est opéré vers 17 heures (Dr CHALNOT): suture et enfouissement de la perforation; gastro-entérostomie au bouton; drainage sus-pubien.

Suites simples. Le bouton anastomotique n'a pas été retrouvé dans les selles. Le malade a suivi deux ans un régime.

Revu le 31 avril 1936, il n'a plus jamais souffert.

Radiologiquement, son estomac est petit, hypertonique, mais les passages de la baryte, par le pylore et la bouche de gastro-entérostomie, sont tardifs et espacés.

OBSERVATION LXXI. — *Ulcère perforé du pylore, suture et gastro-entérostomie. Résultat éloigné médiocre (écarts de régime).*

H... J..., 25 ans, ouvrier agricole, depuis deux ou trois ans souffre de l'estomac et vomit. Le 6 novembre 1933, vers 18 heures, au début du repas, il est pris l'une violente douleur abdominale. Il nous est adressé avec le diagnostic d'appendicite, et nous le voyons le lendemain matin à 7 heures. En effet, l'abdomen est légèrement ballonné, un peu contracturé, et le maximum de douleur semble iliaque droit.

Sous anesthésie au Schleich, il est opéré de suite (D^r C. VICHARD): Incision de Jalaguier: un peu de liquide sale et des gaz s'échappent. Laparotomie sus-ombilicale médiane: on trouve un ulcère perforé du pylore, recouvert de fausses membranes. Plicature et enfouissement de la perforation. Gastro-entérostomie au bouton. Deux drains sont glissés dans le Douglas par l'incision iliaque droite.

Le malade a été *revu* le 25 avril 1936: à l'occasion d'écarts alimentaires, il a eu deux crises douloureuses, en mai 1934 et en mars 1936, en dehors desquelles il allait bien.

Radiologiquement, l'estomac paraît hyperkinétique. Il se vide rapidement, par des passages fréquents au niveau du pylore et rares au niveau de la bouche anastomotique.

OBSERVATION LXXII. — *Ulcère perforé chez un homme de 62 ans, opéré le troisième jour.*

B... G..., 62 ans, cultivateur, n'a jamais souffert de l'estomac. Le 17 janvier 1934, il est pris de douleurs épigastriques violentes, et *vomit* quelques heures plus tard, elles se calment progressivement. Lorsque nous le voyons, le ventre est souple,

le pouls à 90, la température axillaire de 36°8. La région épigastrique est douloureuse. Une radioscopie ne montre pas de croissant lumineux sous-diaphragmatique. Nous songeons à un ulcère en voie d'extériorisation. Glace sur le ventre.

Le 19, intervention (Prof. HAMANT) : laparotomie sus-ombilicale, médiane. On trouve un ulcère perforé du pylore, *couvert* par une languette de foie. Sérosité dans la cavité abdominale. Suture de la perforation, et enfouissement par un surjet, en utilisant le *ligament rond*, du foie pour renforcer la péritonisation. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, en trois plans de sutures.

Le malade vomit du sang à plusieurs reprises, et le huitième jour, présente un foyer de condensation pulmonaire. Il est dans un état précaire le treizième jour, lorsque la famille l'emmène, mourant. Nous sommes restés sans nouvelles par la suite, et l'avons, dans notre statistique, classé comme *exitus*.

OBSERVATION LXXIII. — *Ulcère perforé chez un malade âgé de 75 ans, opéré la neuvième heure. Exitus.*

S... Ch..., 75 ans, est opéré le 12 février 1934, pour appendicite aiguë, neuf heures après le début des accidents. En réalité, l'appendice est sain, il existe du liquide gastrique dans le ventre.

Laparotomie médiane sus-ombilicale (D^r CHALNOT) : il s'agit d'un ulcère perforé du duodénum, qui est enfoui par plicature. Capitonage épiploïque. Gastro-entérostomie au bouton. Un drain est laissé dans l'incision de Jalaguier. Décès le lendemain.

OBSERVATION LXXIV. — *Ulcère perforé du pylore. Suture et gastro-entérostomie au bouton. Mort de péritonite.*

P... H..., 49 ans, terrassier, entre le 14 février 1934, pour un ulcère perforé. A minuit, il a ressenti une douleur en coup de poignard à l'épigastre. Il est opéré de suite (ROTHAN) sous anesthésie au Schleich, laparotomie médiane sus-ombilicale.

On trouve un ulcère perforé du pylore. Suture et enfouissement par plicature. Epiplooplastie. Gastro-entérostomie au bouton. Drainage sus-pubien. Fermeture de la paroi en un plan à la grosse soie.

Péritonite progressive. Mort le 18. L'autopsie a pu être faite: anses grêles énormément dilatées, dépolies. Liquide séreux à peine louche dans la cavité péritonéale. Les sutures paraissent étanches.

OBSERVATION LXXV. — *Ulcère perforé d'estomac. Suture et gastro-entérostomie au bouton. Décès.*

P... M..., 32 ans, employé de bureau, a un passé dyspeptique qui remonte à plusieurs années, et ne s'est jamais soigné. Le 26 février 1934, à 19 heures, il est frappé d'une très violente douleur épigastrique, en coup de poignard. Il n'avait pas diné. Il arrive à 23 heures, le faciès anxieux, la respiration superficielle, le pouls rapide mais bien frappé. Température: 38°5. Le ventre est de bois, la matité hépatique disparue.

Intervention (D^r CHALNOT): Schleich, laparotomie sus-ombilicale médiane. On attire l'estomac et trouve, face antérieure de l'antrum pylorique, une perforation à l'emporte-pièce, comme une lentille, à bords souples. Enfouissement par plicature, à points séparés. Deuxième surjet par-dessus, et quelques points isolés pour fixer un lambeau d'épiploon. Gastro-entérostomie postérieure au bouton. Drainage sus-pubien, qui donne issue à un liquide très abondant.

Décès le cinquième jour, de péritonite aiguë avec température de 39°5.

OBSERVATION LXXVI. — *Ulcère calleux du pylore perforé. Suture et drainage. Gastro-entérostomie dans un second temps. Très bon résultat éloigné.*

H...M..., 25 ans, chaudronnier, souffre depuis un mois à peine de l'estomac. Le 27 mars 1934, à midi, étant à jeun, il est pris brusquement de violentes douleurs épigastriques.

Tableau clinique typique de la perforation gastrique. Intervention à 5 heures (ROTHAN): Schleich, laparotomie sus-ombilicale médiane. On trouve près du pylore une perforation de la taille d'une pièce de cinquante centimes d'un gros ulcère à bords calleux.

Plicature large. Drainage sus-pubien. Fermeture de la paroi en un plan à la soie. Suites simples.

Sur rendez-vous, le malade revient en juillet, bien qu'il n'ait plus souffert. Il subit une deuxième intervention, qui consiste en une gastro-entérostomie à la suture en trois plans, transmésocolique postérieure.

Nous avons pu le revoir, *en juin 1936*, en parfaite santé, et n'ayant plus jamais souffert. Il a pris 10 kilos de poids.

Radiologiquement, image gastrique normale. La bouillie passe bien, surtout par le pylore.

OBSERVATION LXXVII. — *Ulcère perforé du pylore chez un jeune homme de 16 ans. Suture et drainage. Résultat éloigné très bon.*

M... P..., 16 ans, garçon de courses, n'a jamais souffert de l'estomac. Le 6 avril 1934, à 6 heures du soir, alors qu'il venait de boire un verre de vin, il est frappé brutalement d'une violente douleur abdominale. Il est examiné et opéré deux heures plus tard (Prof. CHALNOT): l'abdomen est contracturé dans son ensemble; la douleur semble prédominer dans la fosse iliaque droite.

Sous anesthésie au Schleich, incision de Jalaguier: il s'échappe un flot de liquide gastrique, un drain est laissé dans l'incision et l'on se reporte sur la ligne médiane. Incision sus-ombilicale. On trouve un ulcère perforé du pylore, qui est facilement enfoui. Pas de gastro-entérostomie. Suites simples; sortie le dix-neuvième jour.

Le malade a été *revu* en juin 1936, en parfaite santé. Il n'a plus jamais souffert, et a pris 13 kilos de poids.

Radiologiquement, l'estomac est souple, mobile, indolore, et non déformé. Il se vidange bien par le canal pylorique.

OBSERVATION LXXVIII. — *Ulcère duodénal perforé, opéré la dix-septième heure. Suture et gastro-entérostomie. Très bon résultat éloigné.*

S... Ch..., 24 ans, machiniste, n'a jamais souffert de l'estomac.

Le 1^{er} mai 1934, à 7 heures du soir, en prenant son potage, il est pris d'une douleur brutale épigastrique. Il est conduit à l'hôpital le lendemain, dans la matinée, en camionnette, et opéré de suite, en raison du tableau typique de perforation gastrique qu'il présente.

Laparotomie sus-ombilicale, médiane (Prof. CHALNOT) : flot de liquide abondant et gaz. On trouve une perforation, de la taille d'une pièce de cinquante centimes, sur le versant duodénal du pylore. Suture par points séparés chargés largement, en tissu sain. Epiplooplastie. Gastro-entérostomie postérieure au bouton. Drain sus-pubien. Fermeture en un plan à la soie.

L'opéré est gris, refroidi ; le pouls petit à 120. Cependant, le malade se remonte progressivement et guérit. Le dixième jour, il rend le bouton anastomotique dans les selles.

Revu, en juin 1936, le malade est en parfaite santé, et n'a plus jamais souffert. Il a suivi pendant un an son régime.

Au point de vue radiologique, l'estomac n'est pas déformé, il est souple et non douloureux, et s'évacue rapidement, par la bouche de gastro-entérostomie surtout.

OBSERVATION LXXIX. — *Ulcère perforé du pylore. Suture et gastro-entérostomie. Rétention du bouton anastomotique pendant deux ans. Occlusion. Guérison.*

M... L..., 27 ans, serrurier, souffre depuis peu, un mois environ, de « brûlures » d'estomac ; le 23 mai 1934, à 3 heures du matin, douleur violente et brusque au creux épigastrique. Contracture abdominale intense. Amené en ambulance, il est opéré de suite (ROTHAN) : sous anesthésie au Schleich, laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture, issue de gaz

et de liquide renfermant des particules alimentaires. On trouve un ulcère perforé situé tout près du pylore, sur la petite courbure. Plicature et enfouissement. Gastro-entérostomie au bouton. Drainage sus-pubien. Fermeture de la paroi en un plan, à la soie n° 6. *Deux ans* après l'intervention, au mois de mai 1936, le malade revient, en occlusion: arrêt des gaz et des matières, vomissements, crises douloureuses paroxystiques. Il est opéré de suite (Prof. CHALNOT).

Incision sur l'ancienne cicatrice épigastrique. On trouve une anse grêle énormément dilatée, en amont de la gastro-entérostomie qui avait été faite avec une anse trop longue, à plus de 30 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Au niveau de l'anastomose, on reconnaît au palper la subsistance du bouton de Jaboulay. Par une entérostomie, on l'extraît facilement. Suture intestinale en trois plans. Guérison.

Un *examen radiologique*, pratiqué avant le départ du malade, a montré que la gastro-entérostomie fonctionnait bien, l'estomac se vidant rapidement, par celle-ci surtout.

OBSERVATION LXXX. — *Ulcère perforé de la petite courbure. Suture et gastro-entérostomie. Très bon résultat éloigné.*

Ch... E..., 27 ans, chauffeur, souffre depuis cinq à six mois de douleurs gastriques, mal rythmées par les repas. Le 27 mai 1934, à 6 heures du matin, le malade est pris d'une violente douleur, en coup de poignard, dans la région épigastrique. Amené à l'hôpital, par l'ambulance des pompiers, il paraît très shocké, le faciès grippé; le ventre est de bois.

Intervention immédiate (Prof. HAMANT): sous anesthésie au Schleich, laparotomie sus-ombilicale médiane. Du gaz s'échappe à l'ouverture. On trouve une perforation d'un ulcère de la petite courbure, qui est suturée, et enfouie par plicature. Gastro-entérostomie postérieure en trois plans de sutures. Drain sus-pubien, retiré au bout de 48 heures. Sortie le vingt-cinquième jour.

Revu, le 25 mars 1936, le malade va très bien, il n'a jamais plus souffert, et digère bien tous les aliments.

A la *radio*, l'estomac est petit, et se vide rapidement, par le pylore et par la gastro-entérostomie, qui fonctionne immédiatement, par larges bouchées. L'estomac se contracte énergiquement.

OBSERVATION LXXXI. — *Perforation d'un néoplasme gastrique. Exitus.*

Le 12 juin 1934, A... P..., 52 ans, embouteilleur, est vu tardivement pour des accidents abdominaux aigus qui ressemblent à une perforation gastrique: douleurs épigastriques vives, contractures...

Laparotomie sus-ombilicale, médiane (Pr. CHALNOT): on trouve une perforation d'un néoplasme pylorique, qui est oblitérée à l'aide d'un lambeau d'épiploon. Gastro-entérostomie rapide au bouton, Drainage sus-pubien. Exitus le soir.

OBSERVATION LXXXII. — *Ulcère perforé d'estomac. Suture et gastro-entérostomie. Bon résultat éloigné.*

U... J..., 38 ans, débardeur, en chômage, n'a jamais souffert de l'estomac. Le 8 juillet 1934, deux heures après le repas du soir, il est pris d'une violente douleur épigastrique. Le diagnostic d'ulcère perforé d'estomac est porté et le malade nous est adressé; il est opéré trois heures après le début des accidents (Pr. CHALNOT): suture et enfouissement de la perforation; gastro-entérostomie au bouton, drainage sus-pubien.

Suites simples.

En juin 1936, le malade nous écrit qu'il se porte très bien et n'a jamais plus souffert.

OBSERVATION LXXXIII. — *Ulcère perforé d'estomac. Intervention. Décès.*

M... F..., 39 ans, mécanicien, est opéré le 11 juillet 1934 pour une perforation gastrique; le malade vient de loin, et il

est vu tardivement (l'heure n'a pas été notée). On se contente de suturer la perforation et de pratiquer un drainage sus-pubien.

Exitus.

OBSERVATION LXXXIV. — *Ulcère perforé du pylore, opéré la vingt-septième heure. Guérison. Bon résultat éloigné.*

V... E..., 54 ans, cultivateur, souffre de l'estomac depuis 1916; il était prisonnier en Allemagne pendant toute la durée de la guerre. Il n'a jamais suivi de régime. Chaque année, il avait une hématemèse, en été. Le 9 août 1934, à 16 heures, après avoir absorbé un verre de lait, il est pris de violentes douleurs épigastriques. Le lendemain, la situation est sans changement; le malade fait 120 kilomètres en camionnette, et arrive le soir à l'hôpital où il est opéré à 18 h. 30 (Pr. CHALNOT): on trouve un volumineux ulcère calleux de la région pylorique, perforé. Suture à l'aiguille de Reverdin et au gros catgut. Epiplooplastie. Gastro-entérostomie au bouton. Drainage sus-pubien. Suites simples.

Revu le 30 avril 1936, le malade a bonne mine, et va bien. La radiographie montre une image d'amputation pylorique, mais l'estomac qui se contracte énergiquement se vide bien, et rapidement, par la bouche anastomotique.

OBSERVATION LXXXV. — *Ulcère perforé du pylore. Suture et gastro-entérostomie. Très bon résultat éloigné.*

H... A..., 45 ans, souffre depuis 20 ans de l'estomac, et se plaint de pituites matinales. Il se présente le 14 août 1934, quatre heures après une douleur en coup de poignard au creux épigastrique (il faisait des exercices d'éducation physique) avec un ventre de bois, et disparition de la sonorité préhépatique.

Laparotomie sus-ombilicale médiane (Pr. CHALNOT): l'ouverture du péritoine donne issue à une bouffée d'air. On trouve un ulcère perforé, lenticulaire, du pylore. Suture au catgut. Gastro-entérostomie au bouton. Drainage sus-pubien.

Le malade, *revu*, en juin 1936, va tout à fait bien, et n'a *plus jamais souffert*; il se déclare complètement guéri et a augmenté de 16 kilogrammes.

Au point de vue *radiologique*, la gastro-entérostomie fonctionne bien.

OBSERVATION LXXXVI. — *Ulcère perforé survenu chez un cardiaque hémiplegique. Suture et gastro-entérostomie au bouton. Bon résultat éloigné.*

H... A..., 34 ans, ajusteur, souffre depuis neuf ans de l'estomac, par crises survenant environ tous les trois mois; il était soigné pour ptose gastrique, et ne suivait aucun régime.

Le 3 septembre 1934, à 9 heures du matin, après avoir pris du café, le malade est pris d'une violente douleur abdominale et se fait conduire en automobile à l'hôpital, dans l'après-midi.

Il s'agit d'un malade en mauvais état, hémiplegique, chez lequel nous reconnaissons l'existence d'un rétrécissement mitral, qui nous fait hésiter un instant entre le diagnostic d'ulcère perforé, et celui d'infarctus intestinal ou pancréatique. Cependant, le tableau est typique: passé gastrique, ventre de bois, sonorité préhépatique.

Nous pratiquons une laparotomie sus-ombilicale médiane (ROTHAN), qui nous met en présence d'un ulcère perforé d'estomac. Suture, gastro-entérostomie au bouton; drainage sus-pubien. Suites favorables, malgré une congestion pulmonaire.

Le malade a été transféré dans un service de médecine, pour son affection cardiaque. (Une réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée négative).

Revu en 1936, le malade, qui suit encore un régime sévère, va bien. *Radiologiquement*, l'estomac se vide bien par le pylore et l'anastomose. Il ne semble pas déformé, et n'est pas douloureux à la palpation.

OBSERVATION LXXXVII. — *Ulcère calleux de la petite courbure perforé à l'intérieur d'une hernie diaphragmatique irréductible. Thoraco-phréno-laparotomie. Suture de l'ulcère et drainage. Exitus.*

B... S..., 34 ans, terrassier italien, est victime le 7 juin 1930 d'un gros traumatisme lombaire: il reçoit dans cette région, d'une hauteur de deux mètres, une grosse pierre de 30 à 40 kilos. Le médecin traitant n'a constaté qu'une contracture paravertébrale. Reprise du travail le 27 juin. Depuis ce moment le blessé se plaint de troubles digestifs, et d'un point de côté gauche, pour lequel il est admis à l'hôpital dans le service de M. le Professeur RICHON, le 28 décembre 1930. L'attention est attirée tout d'abord sur l'appareil respiratoire; point de côté, petite toux sèche, température à 38°; abolition des vibrations vocales à gauche, skodisme sous-claviculaire, matité sur toute la hauteur du poumon, et les signes auscultatoires: respiration rude au sommet, abolition du murmure vésiculaire à la partie moyenne et basse du poumon, tintement métallique de la toux, signe du sou, bruit d'airain, et succussion hypocratique, font penser à l'existence d'une pleurésie, que semble confirmer une ponction: on retire un peu de liquide, contenant des lymphocytes, et 32 gr. d'albumine au litre. C'est l'examen radiologique qui redresse le diagnostic et montre l'existence d'une hernie diaphragmatique gauche refoulant le poumon vers le haut, et le cœur vers la droite (cliché I). Après ingestion de baryte, on constate que cette hernie, de la taille du poing, semble ne contenir que la grosse tubérosité stomacale (clichés II debout et III couché) (1).

A partir du mois d'avril 1931, le malade reprend son travail. Mais il est obligé de l'interrompre à plusieurs reprises, parce qu'il souffre de violentes douleurs au creux épigastrique, douleurs en barre, irradiant dans le dos, et survenant deux à

(1) Nous devons cette première partie de l'observation à la grande amabilité de M. le Professeur RICHON et du Docteur J. GIRARD, médecin des Hôpitaux, à qui nous tenons à témoigner ici notre profonde reconnaissance.

trois heures après les repas. Régurgitations amères. Constipation.

Il revient en février 1934 dans le service du Professeur RICHON, pour ces douleurs. Un nouvel examen radiologique permet de porter le diagnostic d'ulcère gastrique surajouté. Une analyse du liquide gastrique, après repas d'épreuve, montre une légère hyperchlorhydrie.

A ce moment, la tension artérielle est de 10 1/2-5 au Vaquez. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Un traitement médical est institué.

Le 16 septembre 1934, quatre heures environ après l'apparition brusque de douleurs excessivement violentes, B..., venu à pied, se présente à l'hôpital, où il est admis d'urgence dans le service de M. le Professeur HAMANT. Le malade est blême, extrêmement amaigri, couvert de sueurs, son pouls est petit à 120. On trouve un ventre de bois, avec matité préhépatique, et dans les flancs, hémithorax gauche mat également. Une radioscopie ne montre pas de croissant lumineux sous diaphragmatique à droite. Le thorax est obscur à gauche.

On transporte le malade à la salle d'opération. Anesthésie au Schleich. Incision oblique gauche, type Lecène et Deniker, atteignant le rebord costal au niveau du 8^e espace intercostal (ROTHAN). On trouve dans la cavité abdominale du liquide séro-sanglant d'étranglement et, s'engageant dans la hernie diaphragmatique, des anses grêles, le colon transverse et l'épiploon, l'estomac dans sa presque totalité. Les anses se laissent attirer, mais pas l'estomac, ni le colon. Du liquide laiteux s'échappe de la hernie, signant l'existence d'une perforation. On transforme l'incision en thoraco-phréno-laparotomie, suivant Schwartz et Quénu, en ouvrant le 8^e espace, et en sectionnant les deux centimètres de diaphragme qui séparent encore la paroi thoracique de l'orifice herniaire. Ecarteur de Tuffier. Très bon jour. Liquide abondant, aspiré hors de la plèvre. La presque totalité du transverse, avec l'épiploon, est retirée dans l'abdomen. La main peut alors ramener l'estomac, retenu jusqu'alors par une tumeur grosse comme une orange,

située à la partie moyenne de la petite courbure, constituée par un gros ulcère calleux perforé largement d'un orifice de la taille d'une pièce de cinquante centimes.

La rate était restée sous-diaphragmatique. Le poumon est complètement rétracté, et le cœur semble fortement refoulé à droite.

Suture de la perforation gastrique par quelques points en masse au catgut n° 2, à l'aiguille de Reverdin. Epiplooplastie.

Il nous semble imprudent de faire dans le même temps une tentative de fermeture de l'orifice diaphragmatique, qui nécessiterait une intervention longue et difficile: la brèche a plus de 10 cm. de diamètre; son bord postérieur est inexistant, les bords antérieur et externe sont étroits et très minces. On réferme par points séparés à la soie, en un plan, sans difficultés. Drainage sus-pubien.

Shock post-opératoire assez intense. Sérum, huile camphrée à hautes doses, sérum hypertonique et ouabaine le lendemain.

Apparition de râles fins sur toute la hauteur du poumon droit. Collapsus cardiaque. Décès le quatrième jour.

L'examen nécropsique a pu être pratiqué (M^{lle} LACOURT): du côté abdominal, exsudat fibrineux discret sur les anses, à peine hyperémiées. Le diaphragme a des insertions nettes sur la paroi costale antérieure et sur toute la région dorso-thoracique droite; à gauche, les insertions postérieures n'existent plus, et on n'en trouve aucune trace. Orifice herniaire, de 10 cm., nettement limité en avant et latéralement, par un rebord fibro-musculaire; en arrière, par le fascia entothoracique. On y retrouve engagé l'estomac presque entier.

Sur la petite courbure, on retrouve l'ulcère obturé et protégé par un lambeau épiploïque. L'ulcère se trouve sur le collet de la hernie.

Poumons: Le droit est oedémateux et congestif, surtout dans son lobe inférieur. Le gauche est atélectasique dans l'ensemble avec quelques zones d'emphysème vicariant dans les languettes antérieures.

Le cœur est flasque, en diastole. Nombreuses taches lai-

teuses, myocarde gauche très diminué, présentant les signes de la *myocardite chronique* (notamment l'aspect tigroïde).

L'*examen histologique* du bord du collet montre un tissu exclusivement fibreux et fibro-musculaire (sans réaction de sclérose et sans éléments inflammatoires), comparable à celui qu'on observe sur un diaphragme normal.

En conclusion, hernie diaphragmatique, congénitale probable, avec ulcère perforé dans la hernie. Réaction péritonéale insuffisante pour déterminer l'exitus, imputable à un processus avancé de myocardite chronique.

OBSERVATION LXXXVIII. — *Ulcère perforé d'estomac. Suture et drainage. Guérison.*

M... E..., 34 ans, cimentier, est opéré le 3 octobre 1934, pour une perforation d'ulcère gastrique: suture simple de la perforation; pas de gastro-entérostomie; drainage sus-pubien. Guérison.

OBSERVATION LXXXIX. — *Ulcère perforé de la petite courbure (treizième heure). Suture et gastro-entérostomie au bouton. Exitus.*

H... E..., 38 ans, batelier, est amené tardivement (treizième heure) et souffrant énormément. Son habitus extérieur est très mauvais. On trouve une grande quantité de gaz et de liquide dans le ventre, et un ulcère perforé de la petite courbure, très haut situé. Enfouissement par trois plans de sutures en gouttière. Gastro-entérostomie rapide au bouton (l'estomac est dilaté comme une outre). Drainage sus-pubien.

Mort de péritonite le 13 décembre, après une période d'agitation extrême.

OBSERVATION XC. — *Ulcère perforé de la petite courbure. Suture simple. Résultat médiocre.*

S... E..., 31 ans, marinier, souffre depuis trois ans de douleurs gastriques, survenant par crises, deux heures environ

après les repas. Le 21 avril 1934, douleur brutale épigastrique. Le malade est amené et opéré de suite (deuxième heure). On trouve un ulcère de la petite courbure, au voisinage du pylore. Très peu de liquide abdominal. Suture simple de la perforation. Pas de gastro-entérostomie, *ni drainage*.

Le malade a souffert une fois, trois mois après l'intervention. Il refuse une nouvelle opération. Un simple traitement médical, avec régime sévère, l'a amélioré considérablement.

OBSERVATION XCI. — *Ulcère perforé de la petite courbure.*

Suture et gastro-entérostomie. Excellent résultat éloigné.

B... R..., 28 ans, souffre de l'estomac depuis sept à huit ans, mais n'a jamais suivi aucun régime ni traitement.

Le 10 janvier 1935, à 5 heures du matin, il est pris d'une douleur lancinante à l'épigastre. Conduit à l'hôpital par l'ambulance des pompiers, il est opéré *trois heures* après, à 8 heures (ROTHAN). Ventre de bois, douleur intense, nausées, pas de fièvre.

Laparotomie sus-ombilicale médiane. On trouve un ulcus perforé de la petite courbure, lenticulaire, à bords souples, à deux travers de doigt au-dessus du pylore. Enfouissement par deux bourses et suture d'un lambeau épiploïque. Gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique, à la suture en trois plans. Drainage sus-pubien. Fermeture de la paroi par points totaux séparés à la grosse soie.

Revu le 8 mai 1936, le malade n'a plus jamais souffert et digère bien tous les aliments. Il n'a suivi son régime que pendant deux mois. Il a augmenté de poids.

Au point de vue *radiologique*, l'estomac, en J, est souple, mobile, indolore, il se vide par petites bouchées, par la gastro-entérostomie. Le bulbe duodénal s'emplit bien, et se vide de même.

OBSERVATION XCII. — *Ulcère perforé de la petite courbure, opéré à la seizième heure; suture et gastro au bouton. Résultat lointain excellent.*

R... P..., 35 ans, mécanicien, souffre depuis 1918 de l'estomac, par périodes. Il suivait un régime. Le 11 janvier 1935, il prend une purge; le 12, à 6 heures du matin, douleurs violentes seize heures avant son entrée. Ventre de bois, rétraction en bateau, sonorité préhépatique, nausées, sueurs froides. *Vomissements sanglants.*

Laparotomie sus-ombilicale (ROTHAN): grande quantité de liquide, avec du bismuth tapissant anses intestinales et épiploon. On trouve un ulcère calleux de la petite courbure, large, présentant une perforation de la taille d'une pièce de cinquante centimes; un point en masse rapproche les bords. Enfouissement en large gouttière, par deux surjets successifs. Epiplooplastie. Gastro-entérostomie au bouton. Drainage sus-pubien.

Le malade a rejeté son bouton le seizième jour.

Revu, en juin 1936, le malade ne souffrait plus, et suivait encore son régime.

Radiologiquement, l'estomac se vide surtout par l'anastomose. Il est souple et indolore.

OBSERVATION XCIII. — *Ulcère perforé opéré le troisième jour. Exitus.*

S... Ch..., 23 ans, cultivateur, est opéré le 27 février 1936, trois jours après le début des accidents. Ventre dur, météorisme très développé. Laparotomie (ROTHAN): grande quantité de liquide purulent, contenant des aliments (trois litres). Ulcère perforé prépylorique; suture par deux points en masse, Mickulicz au contact, et drain sus-pubien. Fermeture en un plan.

Exitus trois heures après l'intervention.

OBSERVATION XCIV. — *Ulcère perforé à la seizième heure, chez un blessé gravement traumatisé. Exitus.*

R... F..., 32 ans, victime d'un accident d'automobile qui lui a occasionné une fracture du cotyle avec irruption pelvienne de la tête fémorale, est opéré le 24 février 1935, à la seizième heure, d'un ulcère perforé, calleux, du pylore (P^r CHALNOT) : oblitération par deux points en masse, épiplooplastie, gastro-entérostomie au bouton ; drainage épigastrique. Exitus.

OBSERVATION XCV. — *Ulcère perforé de la petite courbure, suture et gastro-entérostomie au bouton. Très bon résultat éloigné.*

A... H..., 30 ans, cordonnier, souffre de l'estomac depuis quatre ans. Le 11 mars 1935, trois heures après le repas de midi, coup de poignard épigastrique. Pas de matité déclive dans les flancs. Tympanisme préhépatique. Contracture épigastrique.

Intervention à 18 h. 45 (ROTHAN) : peu de liquide abdominal. Perforation d'un ulcère de la petite courbure. Enfouissement, gastro-entérostomie à la suture en trois plans. Drain sus-pubien. Guérison.

Le malade a été revu, en août-1936 ; il se porte très bien et n'a plus jamais souffert.

OBSERVATION XCVI. — *Ulcère perforé de la petite courbure. Suture. Gastro-entérostomie au bouton. Bon résultat éloigné.*

S... A..., 36 ans, peintre, souffre depuis 1930, vomit souvent trois heures après les repas et présente quelquefois du mœlena. Le 11 mars 1935, sept heures avant son entrée (à 17 h. 30), il est pris d'une violente douleur épigastrique. Laparotomie (ROTHAN) : ulcère perforé de la petite courbure, suture et enfouissement, gastro-entérostomie au bouton. Drainage sus-pubien.

Le malade est *revu* en juin 1936; il va bien et ne souffre plus. Il suit son régime.

Au point de vue *radiologique*, estomac hyperkinétique, passages très rapides par le pylore et par la bouche anastomotique, parois gastriques souples et indolores.

OBSERVATION XCVII. — *Ulcère duodénal perforé chez un homme de 61 ans. Exitus.*

D... H..., 61 ans, emballleur, est opéré le 19 mars pour une perforation d'un ulcère duodénal. Le malade, venu de loin, est vu tardivement et dans un très mauvais état; suturé et enfouissement, gastro-entérostomie au bouton, rapide; drainage sus-pubien (ROTHAN). Exitus le lendemain.

OBSERVATION XCVIII. — *Ulcère de la petite courbure, perforé. Suture et gastro-entérostomie. Bon résultat éloigné.*

B... A..., 49 ans, retraité de la marine, présente des antécédents gastriques discrets. Le 17 avril 1935, à 6 h. 30, douleur subite en coup de poignard, contracture épigastrique.

Il est opéré à 10 h. 30 (P^r CHALNOT): ulcère perforé de la petite courbure, enfouissement par deux bourses; gastro-entérostomie au bouton; drainage sus-pubien.

Le malade a *répondu* à notre questionnaire: il va bien, ne souffre plus, suit son régime. Il a subi un examen radiologique qui se serait montré satisfaisant.

OBSERVATION XCIX. — *Perforation gastrique par balle. Suture. Guérison.*

W... V..., 37 ans, chômeur, tente de se suicider, le 28 avril 1935, en se tirant un coup de révolver dans l'abdomen. Il est opéré deux heures après (ROTHAN): perforation de la grosse tubérosité de l'estomac, sur ses deux faces. Enfouissement, drainage, guérison.

OBSERVATION C. — *Perforation d'un ulcère du pylore, chez un homme de 56 ans, opéré le troisième jour. Exitus.*

B... R..., 56 ans, cultivateur, nous arrive le 3 juin 1935 avec le tableau d'une occlusion, par péritonite : abdomen météorisé, vomissement fécaloïde, arrêt des gaz et des matières, pouls mauvais.

Laparotomie (ROTHAN) : il s'agit d'une perforation d'un ulcère du pylore, avec péritonite. Enfouissement rapide, mèche et drain. Exitus immédiat.

OBSERVATION CI. — *Ulcère perforé du pylore, chez un homme de 65 ans. Suture et gastro-entérostomie au bouton. Sténose de la bouche anastomotique.*

H... D..., 65 ans, verrier, souffre depuis 1917 (périodiquement) et a eu quelques hématemèses. Le 12 juillet 1935, à 16 heures, à jeun, il perfore son ulcère. Il est opéré six heures plus tard (ROTHAN) : ulcère perforé du pylore : l'estomac est distendu, comme une outre.

Suture et enfouissement de la perforation. Gastro-entérostomie au bouton. Drainage sus-pubien.

Trois mois après, il se met à vomir de nouveau, et a une hématemèse. On réintervient et trouve une sténose complète de l'anastomose, qui n'est plus représentée que par une adhérence filiforme entre estomac et jéjunum. Nouvelle gastro-entérostomie large, en trois plans de sutures (ROTHAN).

Recu, un an plus tard, le malade va très bien, suit son régime, a pris six kilos de poids et n'a plus jamais souffert ni vomi.

Radiologiquement, la baryte passe rapidement par la bouche de gastro et par le pylore : l'estomac est d'aspect normal et non douloureux.

OBSERVATION CII. — *Ulcère perforé d'estomac. Suture et gastro-entérostomie. Très bon résultat.*

S... P..., 38 ans, manoeuvre, n'a jamais souffert de l'estomac : le 20 juillet 1935, à 16 h. 30, douleur brutale épigastrique.

Opéré à 20 heures (ROTHAN): suture et enfouissement d'une perforation gastrique, gastro-entérostomie au bouton. Drainage sus-pubien.

Suites très simples. En juin 1936, le malade est revu: il n'a plus jamais souffert et va très bien. Il suit son régime. Eventration post-opératoire.

Radiologiquement, l'estomac, petit, en corne de bœuf, se vide très vite, par la gastro-entérostomie. Parois gastriques souples, indolores.

OBSERVATION CIII. — *Ulcère perforé d'estomac. Opération. Guérison.*

B... J..., 38 ans, manoeuvre, arrive dans la nuit du 31 juillet 1935, et il est opéré de suite, pour une perforation d'un ulcère gastrique. Il est sorti, guéri, de l'hôpital le 20 août 1935.

OBSERVATION CIV. — *Perforation gastrique par coup de couteau. Suture. Guérison.*

H... F..., 40 ans, sans profession, est victime, dans la nuit du 12 août 1935, d'une agression. Il reçoit un coup de couteau dans l'abdomen, plaie transversale qui sectionne le muscle droit, à gauche de la ligne médiane, sous les fausses côtes.

Il est opéré de suite (P^r CHALNOT): épiluchage de la plaie, et suture en trois plans d'une brèche de 4 centimètres, sur la face antérieure de l'estomac, près de la grande courbure.

Drain. Guérison. Le blessé est revenu nous voir, porteur d'une éventration, qui est la conséquence d'une suppuration pariétale intense.

OBSERVATION CV. — *Ulcère d'estomac perforé. Suture et gastro-entérostomie au bouton. Sténose de la bouche anastomotique.*

H... A... 23 ans, est opéré le 6 septembre 1935 pour une perforation d'ulcère gastrique (ROTHAN). Suture et gastro-entérostomie au bouton. Drainage sus-pubien.

Le malade revient en novembre, parce qu'il vomit. On constate, à la radioscopie, qu'il existe un certain degré de sténose pylorique et que la bouche anastomotique ne fonctionne pas.

Nouvelle gastro-enterostomie, large, en trois plans de sutures.

OBSERVATION CVI. — *Ulcère perforé chez un homme de 57 ans, opéré la neuvième heure. Exitus.*

F... A..., 57 ans, souffre depuis une vingtaine d'années de l'estomac. Le 13 octobre 1935, vers une heure du matin, douleurs violentes et vomissement. Il n'entre que le lendemain matin vers 10 heures. Il est opéré de suite (ROTHAN) : on se contente de suturer et d'enfouir la perforation, et de drainer le cul-de-sac de Douglas, par une boutonnière sus-pubienne. Décès.

OBSERVATION CVII. — *Ulcère perforé, opéré la vingt-neuvième heure. Suture et gastro-enterostomie. Bon résultat.*

M... L..., 27 ans, manœuvre, a souffert dans l'abdomen pendant huit jours, en mars 1935, et a été soigné pour appendicite.

Le 13 octobre 1935, à 16 h. 30, douleur abdominale brusque et intense. Le malade nous est adressé pour appendicite aiguë, le lendemain soir, à 23 heures. L'abdomen est contracturé dans son ensemble ; le malade vomit.

Intervention (ROTHAN) : incision de Jalaguier, on enlève l'appendice, qui présente des lésions minimes. Flot de liquide gastrique. Incision médiane sus-ombilicale. On trouve un ulcère perforé, qui est suturé et enfoui. Gastro-entérostomie au bouton. Drain dans l'incision de Jalaguier.

Reçu le 3 juin 1936, le malade va très bien, et n'a plus souffert : il a bon appétit, digère tous les aliments, ne suit plus de régime et a pris quatre kilos de poids.

Radiologiquement, l'estomac paraît atone, mobile, souple, indolore. La bouillie barytée passe par bouchées lentes, par la gastro-entérostomie d'abord, puis par le pylore.

OBSERVATION CVIII. — *Ulcère calleux perforé du pylore. Suture et gastro-entérostomie. Bon résultat.*

L... A..., 39 ans, ouvrier d'usine, souffre de l'estomac depuis 1920, et se trouve en observation pour sténose du pylore dans un service de médecine. Une radiographie montre une énorme dilatation gastrique, en cuvette, avec liquide de stase très abondant; le 21 octobre 1935, vers 8 h. 30, douleur brutale en coup de poignard, *dans son lit*. On porte le diagnostic de perforation, et le malade est opéré *deux heures* plus tard (ROTHAN).

Gros ulcère calleux perforé du pylore. Suture au gros catgut, plicature et épiplooplastie. Gastro-entérostomie au bouton. Drainage hypogastrique.

Suites simples. *Revu en juin 1936*, le malade va très bien et n'a plus souffert; *radiologiquement*, l'estomac est resté distendu, atone; il est souple et indolore. Passages pyloriques tardifs et lents.

OBSERVATION CIX. — *Ulcère perforé chez un homme de 74 ans, péritonite, laparotomie. Exitus.*

G... E..., 74 ans, arrive le 21 octobre 1935, *tardivement*, en pleine *péritonite*, et dans un état plus qu'alarmant: froid, le pouls est très petit, on le réchauffe et l'on décide de faire une laparotomie exploratrice discrète. Il s'agit d'un ulcère perforé, au contact duquel on se contente de tasser quelques mèches et de placer un drain. Exitus le 23.

OBSERVATION CX. — *Ulcère perforé du pylore. Suture et gastro-entérostomie. Bon résultat.*

B... E..., 40 ans, peintre, n'a *jamais souffert* de l'estomac. Le 22 octobre 1935, à 17 heures, après avoir bu de la bière, douleur brutale épigastrique. Opéré à 23 heures (ROTHAN): ulcère perforé du pylore. Suture et enfouissement; gastro-entérostomie au bouton. Drain hypogastrique.

Revu en mai 1936, le malade n'a plus souffert, suit strictement son régime. Radiologiquement, estomac atone, contractions lentes, parois souples et indolores; passages barytés par la bouche anastomotique.

OBSERVATION CXI. — *Ulcère duodénal perforé. Suture et gastro-entérostomie. Bon résultat.*

M... P..., 47 ans, garde-barrière, n'a jamais souffert. Depuis quelques jours seulement, il se plaignait de l'estomac. Le 16 décembre 1935, vers 18 heures, douleurs lancinantes épigastriques. Tableau typique de la perforation gastro-duodénale: contracture de bois, sonorité préhépatique; opéré à 23 heures (ROTHAN): ulcère perforé duodénal. Suture et enfouissement. Gastro-entérostomie au bouton. Drain sus-pubien.

Revu en mai 1936, n'a plus souffert et va très bien.

A la radio, estomac atone, souple, mobile, indolore. La bouillie barytée passe bien par l'anastomose.

OBSERVATION CXII. — *Ulcère duodénal perforé, chez un garçon de 14 ans. Suture simple. Guérison.*

B... M..., apprenti de 14 ans, fait une chute de bicyclette et arrive à l'hôpital trois heures plus tard, se plaignant du ventre. Celui-ci est contracturé dans la région épigastrique.

Laparotomie (P^r CHALNOT): on trouve une perforation duodénale qui semble siéger au niveau d'un ulcère chronique, à bords légèrement calleux. Suture et enfouissement faciles. Fermeture sans drainage. Guérison.

Revu, va très bien.

OBSERVATION CXIII. — *Ulcère calleux perforé du pylore. Suture et gastro-entérostomie. Eviscération post-opératoire. Exitus.*

M... A..., 55 ans, contremaître, souffre de l'estomac depuis un an environ. Le 23 janvier 1936, à 11 heures du soir, crise douloureuse épigastrique, extrêmement violente, avec vomis-

sement. Il entre à 2 heures du matin. Intervention (ROTHAN) : on trouve un ulcère calleux perforé du pylore. Obturation par des points en masse, plicature et gastro-entérostomie en trois plans de sutures. Fermeture par *crins perdus*. Drain sus-pubien.

Suppuration pariétale. Le 28, éviscération par l'incision épigastrique : anses sous la peau et issue de l'épiploon. On refait la paroi par points séparés à la grosse soie.

Trois jours plus tard, incarceration d'une anse grêle dans l'orifice du drainage sus-pubien (le drain avait été retiré le troisième jour). Quand on s'en aperçoit, au matin, l'anse est énorme, couleur lie-de-vin. Pour la réintégrer, il faut agrandir vers le haut la boutonnière sus-pubienne ; fermeture par deux points totaux à la grosse soie. Exitus le 2 février.

OBSERVATION CXIV. — *Ulcère calleux perforé de la petite courbure (ulcère double) ; suture et drainage. Guérison.*

F... A..., 32 ans, mécanicien, souffrait depuis cinq ans de l'estomac, périodiquement. Le samedi 14 mars 1936, à 16 h. 30, le malade, qui *bêchait* son jardin, ressent une violente douleur au creux épigastrique, qui l'oblige à s'étendre sur le sol. Il venait de prendre un verre de vin. Il arrive à 19 heures : contracture épigastrique modérée. Respiration abdominale diminuée. Pas de matité dans les flancs. Sonorité préhépatique discrète.

Intervention (ROTHAN) : Schleich ; laparotomie sus-ombilicale médiane, gaz et liquide lactescent en petite quantité. Le liquide semble s'écouler de l'arrière-cavité. Décollement colo-épiploïque. On trouve très haut, sur la face postérieure de la petite courbure, un gros épaississement d'ulcère ancien. Se reportant vers la face antérieure de l'estomac, très haut sur la petite courbure, on trouve un gros ulcère calleux, perforé en son centre sur un diamètre d'une pièce de un franc, très épais, et en partie recouvert par une languette de foie qui adhère sur un bord. Trois points au gros catgut, passés avec l'aiguille de Reverdin, oblitèrent la brèche. Plicature et large

surjet; épiplooplastie aux dépens du petit épiploon. Pas de gastro-entérostomie. Fermeture par points totaux à la grosse soie. Drainage sus-pubien. Guérison.

OBSERVATION CXV. — *Ulcère perforé du pylore. Suture et gastro-entérostomie. Guérison.*

V... Y..., 28 ans, cultivateur, souffre depuis quinze jours seulement de l'estomac. Le 25 mars 1936, douleur brutale en coup de poignard, au creux épigastrique; il est opéré quatre heures après sur des indications nettes: ventre de bois, sonorité préhépatique.

Intervention (ROTHAN): Laparotomie sus-ombilicale médiane. Gaz et liquide très abondants. L'estomac est très distendu. On trouve une perforation lenticulaire d'un ulcère du pylore, sans aucune induration des bords. Suture et enfouissement par une bourse et fixation d'un opercule épiploïque. Gastro-entérostomie en trois plans de sutures. Drainage sus-pubien. Guérison.

OBSERVATION CXVI. — *Ulcère perforé opéré la seizième heure. Suture et gastro-entérostomie. Guérison.*

D... M..., 19 ans, musicien ambulant, souffrait depuis six mois de douleurs assez vagues. Le lundi 30 mars 1936, à une heure du matin, il est pris de douleurs violentes au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite. Il vomit à plusieurs reprises et continue à souffrir davantage. Son médecin le voit à 14 h. 30 et nous l'adresse pour appendicite aiguë: il présente un abdomen contracturé, de bois; disparition de la matité hépatique.

Il est opéré à 17 heures (GRUMILLIER, interne du Service): incision médiane sus-ombilicale, liquide gastrique, contenant des particules alimentaires; perforation de 3 mm., face antérieure de l'antrum prépylorique. Enfouissement en bourse, épiplooplastie, gastro-entérostomie en trois plans de sutures. Drainage sus-pubien.

Les suites opératoires furent troublées, d'abord par l'état de collapsus alarmant où se trouva le malade pendant vingt-quatre heures, puis par la formation d'un abcès pelvien, qui s'est vidé spontanément par le rectum. Guérison.

OBSERVATION CXVII. — *Ulcère perforé du pylore. Suture et gastro-entérostomie. Guérison.*

G... L..., 52 ans, cantonnier, n'a jamais souffert antérieurement de l'estomac. Le 18 avril 1936, à une heure du matin, le malade est réveillé par des douleurs atroces de l'épigastre. Il prend un peu de café et le vomit aussitôt. Il arrive à 10 heures du matin, pâle, anxieux, le pouls rapide. Ventre de bois, hyperesthésie épigastrique.

Laparotomie sus-ombilicale médiane (ROTHAN): très peu de liquide à l'ouverture du péritoine. Anses grêles et parois gastriques gluantes. Au voisinage du pylore, on trouve une perforation de la taille d'une lentille, au centre d'un ulcère calleux. Oblitération par un point de suture et plicature en gouttière. Gastro-entérostomie transmésocolique en trois plans de sutures. Paroi suturée aux crins perdus, sans aucun drainage.

Les suites furent troublées par un delirium tremens qui dura trois jours.

L'urée sanguine monta à 68 centigrammes. Guérison.

OBSERVATION CXVIII. — *Perforation géante d'un ulcère duodénal, opérée la dix-neuvième heure. Exitus.*

M... L..., 46 ans, manœuvre, est un alcoolique avéré, qui cependant n'aurait jamais souffert de l'estomac. Le 29 avril 1936, dix-neuf heures après le début des accidents, il entre à l'hôpital respirant mal, le pouls filant, avec un ventre de bois et une zone de sonorité préhépatique.

Une laparotomie rapide (ROTHAN) donne issue à une grande quantité de liquide, jaune, épais. Anses rouge violacé. Une perforation, de la taille d'une pièce de deux francs, siège sur

la première portion du duodénum. Oblitération par deux points au gros catgut. Drain. Fermeture en un plan.

Le malade est mourant, et il est ramené directement à son domicile, où il meurt peu après son retour.

OBSERVATION CXIX. — *Ulcère perforé duodéno-pylorique. Suture simple. Guérison.*

L... M..., 28 ans, ajusteur, souffrait de l'estomac depuis une dizaine de jours; exacerbation des douleurs la veille.

Le 16 mai 1936, à 16 heures, il ressent brutalement « comme un coup de fouet » au creux épigastrique. Il avait très peu absorbé de potage et purée de pommes à midi. Le malade rentre le lendemain matin à l'hôpital, à 7 heures. Faciès tiré, où perle la sueur. Pouls à 100. Température: 38°. Ventre de bois, avec hyperesthésie épigastrique et iliaque droite. Sonorité préhépatique, pas de matité des flancs. Opéré de suite (Pr CHALNOT): il présente, à l'ouverture, un liquide intra-abdominal de moyenne abondance, et l'on trouve une perforation lenticulaire à bords indurés, de la région pyloro-duodénale. Enfouissement par deux plans de sutures transversales, au catgut fin. Drainage sus-pubien. Suites simples.

OBSERVATION CXX. — *Ulcère perforé duodénal. Suture et gastro-entérostomie. Guérison.*

M... I..., 37 ans, manœuvre, présente depuis quatre ans des crises douloureuses gastriques, s'accompagnant de vomissements. Depuis une quinzaine de jours, le malade souffrait de nouveau. Le 3 juin 1936, à 21 heures, trois heures après un repas normal, douleur « en coup de tonnerre » dans le ventre. Le malade nous est amené de suite, et présente un tableau clinique évident: faciès et attitude, ventre de bois rétracté et ne respirant pas; matité du flanc droit, sonorité préhépatique, douleur surtout marquée au creux épigastrique, irradiant à l'épaule droite; pouls à 90. Aucun signe pulmonaire. Laparotomie à 23 heures (ROTHAN), sous anesthésie au

Schleich : liquide lactescent de moyenne abondance, s'échappant de la région sous-hépatique et de la fosse iliaque droite ; perforation, de la taille d'un pois, d'un ulcère duodénal, face antérieure de la première portion, bords souples. Enfouissement facile, par deux bourses et épiplooplastie. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, en trois plans de sutures. Drainage sus-pubien.

Suites apyrétiques simples.

CONCLUSIONS

De notre étude, essentiellement basée sur la statistique du Service de M. le Professeur HAMANT, et sur les faits que nous avons pu personnellement observer, on peut esquisser les conclusions suivantes:

1° *Au point de vue étiologique*, les perforations gastro-duodénales en péritoine libre viennent au second rang, comme fréquence, parmi les affections aiguës de la chirurgie d'urgence, aussitôt après l'appendicite.

Nous avons été frappés de la prédominance *toute particulière* de cet accident dans le sexe masculin (117 fois sur 120 cas), entre 30 et 40 ans; du rôle important de l'éthylisme; de l'existence *relativement* fréquente de perforations traumatiques.

2° *Au point de vue anatomo-pathologique*, notre statistique confirme la notion du maximum de fréquence des perforations sur le canal duodéno-pylorique; mais nous avons trouvé autant de perforations sur la petite courbure que sur le duodénum pris en particulier. Celles-ci ne semblent donc pas être la majorité, comme il est classique de l'énoncer.

Les ulcères multiples ne nous ont pas semblé aussi fréquents que certains veulent bien l'admettre.

3° *Au point de vue diagnostique*, nous avons noté l'absence d'antécédents gastriques dans près de 20 % des cas ; les signes les plus fidèles que nous avons rencontrés ont été, non seulement la douleur brutale et le « ventre de bois », mais aussi la sonorité préhépatique.

Les malades ont été envoyés, malheureusement, avec un nombre élevé d'erreurs de diagnostic. Et cependant, on ne saurait trop insister sur l'importance capitale de celui-ci : il doit être non seulement précis, mais plus encore précoce.

4° Mais, *au point de vue du pronostic immédiat, la précocité de l'intervention* n'est pas, comme on pourrait le croire un peu simplement l'unique élément du succès. Son importance capitale est un fait acquis, mais d'autres facteurs doivent entrer en ligne de compte, et l'âge des malades nous paraît au moins aussi important, de même que le terrain sur lequel évolue la maladie, les caractères des lésions et de l'épanchement intrapéritonéal, enfin la nature de l'opération pratiquée.

5° D'autre part, le *pronostic éloigné* varie lui-même selon la localisation de l'ulcère, selon son ancienneté, et selon le procédé opératoire utilisé.

Les ulcères de la petite courbure ont donné, si paradoxal que cela puisse paraître, les meilleurs résultats lointains.

Les ulcères aigus, ou restés latents jusqu'au moment de la perforation, sont assurés d'un avenir

meilleur que les ulcères chroniques, qui se sont manifestés par un passé gastrique ancien.

Enfin, la suture simple de la perforation nous a donné le meilleur pourcentage de guérisons. L'étude de très nombreuses statistiques montre d'ailleurs que l'avis des chirurgiens est très partagé, certains obtenant par la suture, associée ou non à la gastro-entérostomie, des résultats éloignés de meilleure qualité que par la résection.

La gastro-jejunostomie associée nous a semblé superflue dans un certain nombre de cas; dans certaines autres circonstances, exécutée au bouton de Jaboulay, elle ne nous a pas donné les résultats que nous aurait apportés une anastomose exécutée à l'aiguille: la réfection secondaire de quelques néostomies nous en a fourni la preuve.

Nous pensons que l'enfouissement simple de la perforation peut guérir le malade et l'ulcère, dans la très grande majorité des cas aigus; la même opération, en cas d'ulcère chronique, ne guérit pas toujours l'ulcère. Dans ces cas, où le malade est affligé d'un passé gastrique ancien, il semble indiqué de joindre à l'enfouissement une gastro-entérostomie, faite à la suture, quand la situation le permet. Elle peut être exécutée à froid dans un deuxième temps, contre un ulcère duodéno-pylorique en particulier, ou bien laisser place à la gastro-pylorectomie.

Cette dernière intervention, pratiquée à chaud, nous paraît devoir être réservée à des cas bien déterminés, dont il reste à préciser avec mesure les indications parfois précieuses.

VU:

Nancy, le 8 Janvier 1937.

Le Président de Thèse,

A. HAMANT.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 11 Janvier 1937.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 12 Janvier 1937.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

Nous renvoyons, pour une bibliographie plus ancienne et plus complète, inutile à reproduire en entier, aux thèses récentes de GANDY, Paris 1934, CHOIGNON, Toulouse 1935, et OLIVIEZ, Lille 1935.

ABRAHAMSEN. — Ulcères gastriques et duodénaux perforés. *Hospitalstidende*, Copenhague, 23 et 30 avril 1925.

ABRIA (P.). — A propos du pronostic des ulcères perforés gastro-duodénaux. Thèse, Paris 1927, n° 365.

AMELINE et FOLLIASSON. — Occlusion intestinale après les opérations pour ulcères perforés. *Presse méd.*, 1932, p. 1855.

ANDRIEU. — Les indications du drainage au Mickulicz après les interventions dans les ulcères perforés. *Arch. de Méd. et Pharm. militaires*, janvier 1934, p. 55-78.

ANGERER (H.). — Au sujet de l'ulcère perforé et de son traitement. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1935, p. 578-581.

APPELMANS. — L'ulcère gastrique ou duodénal perforé en péritoine libre. *Science médicale pratique*, janvier 1931, p. 71.

BABITZKY. — Sur l'ulcère perforant de l'estomac et du duodénum. X^e Congrès des Chirurgiens russes, déc. 1910. In *Chirurg.*, t. XXIX, n° 172, avril 1911.

BAGER. — Contribution à l'étude de l'étiologie, de la chirurgie et de la thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux perforés, avec une enquête sur les résultats éloignés des diverses méthodes opératoires. *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. LXIV, suppl. XI, 1929, p. 320.

- BAGER. — Traitement de l'ulcère perforé de l'estomac et du duodénum. *Der Chir. Berlin*, 1^{er} juillet 1932.
- BANZET (P.). — Perforation aiguë des ulcères gastro-duodénaux. *L'Avenir médical*, décembre 1930.
- BANZET (P.). — Pathomimie chirurgicale. *Presse méd.*, 1934, p. 1731.
- BASSET et ULRICH. — De la G.E. dans le traitement d'urgence de l'ulcère perforé de l'estomac et du duodénum. *Arch. méd. App. digestif et Nutrition*, 1921, p. 225.
- BASSET. — Trente cas de perforations d'ulcères. *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, Paris, fév. 1934.
- BERGENSTEIN. — Thèse, Paris 1932.
- BERGER. — Etude critique du drainage dans le traitement chirurgical des ulcères perforés. Thèse, Lyon 1934.
- BERNARD (R.). — *Presse médicale*, 1932, p. 1971.
- BERTRAND (R.). — Hémorragies gastriques dans les suites opératoires des ulcères perforés. *Lyon chirurgical*, 1929, p. 632.
- BIZARD et MALATRAY. — L'avenir des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. Etude d'une statistique opératoire. *Echo méd. du Nord*, janvier 1935, p. 148.
- BOIRON. — Thèse de Bordeaux, 1932.
- BLOCH. — Technique opératoire des perforations gastro-duodénales. *Rev. de Chir.*, déc. 1932, p. 787-792.
- BŒHM (Curt). — Ulcère perforé. Supériorité de l'excision sur les opérations palliatives. *Der Chirurg.*, mars 1931, p. 257.
- BONNEAU (R.). — A propos du traitement des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. Soc. des Chirurgiens de Paris, 2 déc. 1927.
- BONNET, PATEL et TAVERNIER. — Ulcères perforés de l'estomac. *Lyon chir.*, 1924, p. 327-330.
- BOURDE (Y.). — Treize cas d'ulcères perforés. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris*, 1931, p. 1171-1180.
- BRAUN. — Opération de Neumann. Analyse, in *Journal de Chir.*, 1931, t. II, p. 415.

- BRÜTT. — Le traitement des ulcères perforés. *Baun's Beitrag z. Klin. Chir.*, 1927, p. 123-138.
- CADENAT. — Trois cas de gastrectomies pour ulcères perforés en péritoine libre. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris*, 1922, p. 833-841.
- CALVET. — Sur quarante-trois cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Presse médicale*, 5 janvier 1935, p. 22.
- CAPRIO (G.). — Suture simple dans un cas d'ulcère gastrique perforé; gastrorragie post-opératoire; gastrectomie secondaire. *Boletín de la Sociedad de Cirugia de Montevideo*, oct. 1934, p. 227-232.
- CARAYANNOPOULOS et CHRISTEAS (rapp. P. BROÇQ). — Sur dix-huit cas de perforation d'ulcère gastrique ou duodénal. Treize gastrectomies. *Mém. de l'Acad. de Chir.*, Paris, 1936, p. 1061.
- CHABRUT. — Sur vingt-cinq perforations d'ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre. *Journal de Chirurgie*, tome XXXVIII, n° 5, nov. 1931, p. 658.
- CHOIGNON. — Thèse Toulouse, 1935.
- CLAVEL et CLAVEL. — Bactériologie des épanchements. *Lyon chir.*, 1933, p. 264.
- CORDIER et CALVET (rapp. MENEGAUX). — Sur un nouveau cas de perforation d'ulcère de l'estomac après contusion de l'abdomen. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1935, p. 964.
- COURTY. — Gastro-pylorectomie pour ulcères perforés. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1921, p. 792; *ibid.*, 1925, p. 888; *ibid.*, 1929, 21 décembre.
- COSTANTINI et CURTILLET. — Les ulcères perforés bouchés. *Rev. de Chir.*, avril 1936, p. 268.
- CREYSSSEL et DE MOURGUES. — Résultats immédiats et éloignés des interventions pour ulcères perforés, basés sur cent quatre-vingt-quatorze cas. *Rev. de Chir.*, 1933, p. 627-637.

- DAMBRIN. — Diagnostic et traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Toulouse médical*, 1^{er} oct. 1927, p. 578.
- DÉJARDIN. — Double perforation d'ulcère duodénal en péritoine libre. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 18 février 1933.
- DELORE. — A propos du traitement des ulcères perforés. *Lyon chir.*, mars-avril 1921.
- DELORE. — In *Rapport du Congrès de Chir.*, 1928, Paris, p. 73.
- DELREZ et BOTTIN. — Thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Rev. de Chir.*, fév. 1936, p. 87.
- DESJACQUES. — Occlusion intestinale aiguë par adhérence d'une anse grêle au niveau d'un drainage sus-pubien pratiqué pour ulcère perforé. *Lyon chir.*, 1933, p. 64.
- DESPLAS et MUTRICY. — Cinquante-cinq cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 24 mai 1933.
- DETON. — Procédé pour les mauvais cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés. XL^e Congrès français de Chirurgie, Paris, 5-10 oct. 1931.
- DRAGOMIRESCO. — Etude critique sur vingt-trois cas d'ulcères perforés en péritoine libre. *Arch. des Mal. de l'App. digestif et de la Nutrition*, 1936, p. 39-63, t. XXVI.
- DUBOUCHER. — Traitement des perforations gastro-intestinales en péritoine libre. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1933, p. 250.
- DUVAL. — Gastro-pylorectomie pour perforation d'ulcère gastrique remontant à six heures. Guérison. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1920, p. 1145.
- DUVAL. — *Ibid.*, 1922, p. 856.
- DUVAL. — *Ibid.*, 1924, p. 603.
- DUVAL. — *Ibid.*, 1924, p. 908-917.
- DUVAL, ROUX et MOUTIER. — Rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères gastro-duodénaux. *Presse méd.*, janv. 1925.

- FABRE. — Thèse de Lyon, 1927.
- FEREY (Daniel). — Un nouveau cas de perforation d'un ulcère gastrique consécutive à la contusion de la paroi abdominale. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1932, p. 153.
- FERRI. — Conclusions tirées de l'étude de onze cas d'ulcères chroniques perforés, avec étude de l'avantage de la suture simple sur la résection. *Mundo méd.*, XIV, p. 1059.
- FINSTERBUSCH et GROSS (Leipzig). — *Der Chirurgie*, an. IV, 1^{er} août 1932.
- FINSTERER. — Die acute perforation von magen und duodenal geschwürs. *Beit. z. Klin. Chir.*, 1910, LXVIII, p. 532-583.
- FORGUE. — Traitement de la perforation aiguë des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre. *Rev. méd. française*, nov. 1927, p. 639.
- GANDY (M.). — Ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. Etude clinique et résultats des interventions d'urgence. Thèse, Paris 1934, t. XXXI.
- GAY (P.). — A propos du traitement chirurgical des ulcères perforés gastro-duodénaux. Thèse, Paris 1925, t. XVI.
- GIBSON. — Perforations aiguës de l'estomac et du duodénum. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris 1923, p. 1069.
- GRÉGOIRE. — Ulcères perforés en silence. *Ibid.*, 1930, p. 225.
- GRÉGOIRE. — Ulcus pylorique perforé en péritoine libre sans manifestations. Pylorectomie. Guérison. *Ibid.*, 1922, p. 1039.
- GRIMAULT (L.). — Ulcère perforé du pylore. Pylorectomie. Guérison. *Ibid.*, 1^{er} déc. 1920.
- GRIMAULT. — Ulcère double du duodénum. Perforation. Duodéno-pylorectomie. Guérison. *Ibid.*, 1936, p. 1362.
- GROSS. — *Revue de Chir.*, t. XXIX, 1904.
- GRUNFELD (Eugène). — Etude clinique des perforations couvertes des ulcères gastro-duodénaux. Paris, 1932, t. XXVI.
- GUIBAL (P.). — Résection pyloro-gastrique pour perforation d'ulcus et de cancer. *Ibid.*, 1930, p. 214.

- GUILLEMINET et LATREILLE. — Résultats du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Lyon Chir.*, 28 juin 1928, et *Journal de Chir.*, mars 1929, p. 289, t. XXXIII.
- GUIMBELLOT. — Sur la cause de la douleur brusque dans la perforation de l'ulcus gastro-duodénal. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1^{er} mars 1930.
- HABERER. — Traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum perforés en péritoine libre. *Münchener mediz. Wochensch.*, sept. 1935, p. 1473.
- HARTMANN. — Traitement des ulcères perforés. *Bull. et Mém. de la Soc. Chir.*, Paris 1923, p. 1114.
- HAUSSLER. — Les résultats opératoires dans l'ulcère gastro-duodénal perforé récent. *Der Chirurg.*, 15 mars 1936, p. 201-214.
- HAUSSLER. — A propos des constatations radiologiques faites après l'opération de l'ulcère gastro-duodénal perforé. *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. LII, nov. 1935, p. 461-468.
- HINTON. — Ulcères perforés aigus, cent cinq cas. *Surgery, Gyn. and Obst.*, mars 1931, p. 778.
- JACQUELIN. — Thèse, Paris 1930.
- JIMÉNEZ. — Perforations d'ulcères en péritoine libre, quatre-vingt-dix cas. *Rev. Méd. de Barcelone* XVIII, 1932, p. 151-188.
- JORNS. — La rupture accidentelle de l'estomac et du duodénum (perforation d'ulcères). *Medizinische Klinik*, août 1935, p. 1064.
- JUDINE. — A propos du traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. Statistique de deux cent-sept cas. Rapport P. DUVAL. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, nov. 1929, p. 1233.
- JUDINE. — Résection immédiate de l'ulcère perforé. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1930, p. 517.
- JUDINE. — Nouvelle série d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Journ. de Chir.* XXXVIII, 1931, p. 159.
- JUDINE. — Nouvelle série d'ulcères perforés du duodénum. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris 1933, p. 775.

- KEMPENEERS. — Les perforations récidivantes de l'ulcus gastro-duodéal. *Ann. de la Soc. Belge de Chir.*, nov. 1925.
- KRAINIK. — Thèse, Paris 1922, n° 224.
- KREUTER. — Erfahrungen au 150 operatio behandelten perforationen des magen und duodenal geschwüirs. *Zentralbl. f. Chir.* 1932, p. 2017.
- LAMBRET et RAZEMON. — Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. *Arch. des mal. de l'app. digestif* 1932, t. XXXIII.
- LANG. — Sur les perforations des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre. Au sujet de cent cinquante-deux cas. *Buns' Beiträge zur klinischen Chir.*, juillet 1935, t. 162, p. 143-163.
- LAPOINTE. — Quel est le meilleur traitement des perforations gastriques et duodénales en péritoine libre par ulcus. *Les Sciences Médicales* 1926, p. 65.
- LAURET. — Thèse, Paris, 1921.
- LAURET. — Résultats éloignés du traitement des ulcères perforés. *Arch. franco-belges de Chir.*, mars 1922.
- LECÈNE. — Résultats éloignés du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1924, p. 295.
- LECLERC et ALBERTIN. — Perforation traumatique des ulcères gastro-duodénaux. *Gazette des Hôpitaux*, 20 juin 1931.
- LEROY. — Thèse, Paris, 1931.
- LEWISHON. — Résultats tardifs dans les ulcères gastro-duodénaux perforés. *Annals of Surgery*, Phila. 1928, n° 6, p. 855-860.
- LOB. — Contrôle radiologique des résultats de la péritonisation dans les ulcères gastro-duodénaux. *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, oct. 1934, p. 317.
- LOHR. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale des péritonites par perforation d'ulcères gastro-duodénaux et leurs suites. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, oct. 1924, p. 289.
- MAC QUILIAN. — Récidive de perforation gastrique. *Annals of Surgery*, août 1931, t. XCIV, n° 2.

- MALLET-GUY. — Perforation itérative d'un ulcère de l'estomac, traitée par gastrectomie. Récidive ulcéreuse sur la bouche anastomotique. *Lyon Médical*, 12 févr. 1933, p. 193.
- MENUDIER. — Thèse, Alger, 1927-1928.
- METZGER. — Contribution à l'étude des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. Thèse, Paris, 1925.
- MILIANITCH et RADOIEVITCH. — Perforation en péritoine libre d'un ulcéro-cancer ayant l'aspect macroscopique d'un ulcère calleux. Suture et G. E. Murt huit mois après de cachexie cancéreuse. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1934, 23 mai.
- MOLLO (L.). — Les éléments physio-pathologiques du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Il Policlinico*, 15 mai 1935, p. 292-324.
- MONCANY. — Six cas de perforation aiguë d'ulcus gastriques ou duodénaux. Soc. des Chir. de Paris, séance du 19 avril 1929.
- MONDOR. — A propos des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 27 nov. 1929.
- MONDOR et LAURET. — Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. Paris, 1923 (Masson, édit.).
- MONDOR et PORCHER. — Radiologie des péritonites par perforation. *Journ. de Chir.*, 1933, p. 20.
- MORENO-TINAJERO. — De l'avenir des ulcères perforés primitivement opérés par suture et enfouissement. Suites éloignées. Perforations itératives. Indications chirurgicales. *Arch. Hospitalières*, 1936.
- MORNARD. — A propos des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 18 nov. 1927.
- MOURGUES (DE). — Thèse, Lyon, 1933.
- MOUTIER. — La perforation des ulcères gastro-duodénaux. Etude anatomique et pathogénique. *Arch. mal. app. digestif*, 1924, tome XIV.
- NEUBER. — Choix de l'opération pour ulcères perforés. *Zentralbl. f. Chir.*, juin 1933, p. 1510.

- OBERTHUR. — Thèse, Paris, 1926.
- ŒHLECKER. — Diagnostic de l'ulcère perforé de l'estomac ou du duodénum. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1923, p. 344.
- OLIVIEZ. — Thèse, Lille, 1935.
- ORTH (Oskar). — Sur la chirurgie des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Arch. f. Klin. Chir.*, avril 1935, p. 675.
- PATEL et DESJACQUES. — Drainage sus-pubien après péritonite généralisée. Occlusion d'une anse grêle dans le décours. *Lyon Chir.*, 1933, p. 246, et *Presse Méd.*, 1933, p. 251.
- PAUCHET. — Traitement des hémorragies et des perforations gastro-duodénales. *Gazette des Hôp.*, 1931, p. 552.
- PAUCHET. — Que deviennent les ulcus perforés suturés? *Soc. Chir.*, 1926, p. 659.
- PLAZOLLES. — Thèse, Toulouse. 1927.
- PLOUVIER. — Thèse, Lille, 1922.
- PODLAHA. — Emphysème sous-cutané dans les ulcères gastro-duodénaux perforés. *Zentralbl. f. Chir.*, nov. 1926, p. 2839.
- POLONY. — Onze ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris 1929, p. 105.
- PONEK. — Perforations d'ulcères gastro-duodénaux après examen radiologique. *Medizinische Klinik*, sept. 1927, p. 1492.
- QUIQUEMELLE. — Perforation en arrière de l'ulcère du duodénum. Thèse, Paris, 1919.
- RADOIEVITCH. — Thèse, Bordeaux, 1924.
- RADOIEVITCH. — Traitement des ulcères perforés. *Rev. de Chir.*, 1921, p. 161, et *ibid.*, 1925, p. 162.
- RAPAÛT. — Le traitement de l'ulcère perforé. *Zentralbl. f. Chir.*, 1930, p. 1143.
- RICARD. — La G. E. complémentaire dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Presse Méd.*, 1929, p. 1037.
- ROBINEAU. — Perforation des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre et accident du travail. *Ann. de Méd. légale*, févr. 1935, p. 233-241.

- ROCHE. — Thèse, Bordeaux, 1928.
- ROSMORDUC. — Thèse, Bordeaux, 1930.
- ROUSSELIN. — Résultats éloignés et immédiats des interventions pour ulcères perforés. *Lyon Chir.*, 1933, p. 543.
- SANTY. — Sur le traitement des ulcères perforés gastriques et duodénaux. *Lyon Chir.*, mars-avril 1921.
- SCHINDLER. — Ulcères perforés du pylore chez deux jumeaux. *Der Chirurg.*, mai 1935, p. 327.
- SCHWARTZ. — Traitement des perforations en péritoine libre des ulcères de l'estomac et du duodénum, et de l'ulcère peptique du jejunum. *Presse Méd.*, oct. 1929, p. 163.
- SENCERT. — Gastro-pylorectomie pour perforation de l'estomac par ulcère. *Rev. Méd. de l'Est*, 1905, p. 664. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1921.
- SOUPAULT. — Du signe de la sonorité préhépatique. *Presse Méd.*, janv. 1930, p. 131.
- SOSTEGNI. — Révision de cinquante-deux opérés pour perforations gastriques. *Atti e Memorie della società di chirurgia*, 27 juillet 1934, p. 1469.
- STEFANELLI. — Existe-t-il une diathèse perforative des ulcéreux? *Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, mars 1935, p. 325-338.
- STEIGER. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Wiener mediz. Wochensch.*, juillet 1935, p. 828.
- STOFFEL. — L'ulcère gastro-duodénal perforé en péritoine libre. *Der Chir.*, Berlin, 1^{er} février 1933.
- TOUDEM. — Dans quelles proportions les ulcéreux opérés pour perforation restent-ils guéris. *Rev. de Chir.*, mai 1931.
- TOUPET. — Traitement des ulcères perforés en péritoine libre. *Journ. de Méd. de Paris*, 1^{er} nov. 1924, et *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, t. XLVII.
- URRUTIA. — Le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés: résultats éloignés. *La Medicina Ibero*, juin 1929, p. 809.

- VERNEJOUL (DE). — Trente-huit cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Soc. de Chir. de Marseille*, 4 mars 1935.
- VIGGAZO. — Emphysème sous-cutané, indice de la perforation d'un ulcère gastro-duodénal. *Zentralbl. f. Chir.*, 3 sept. 1927.
- WEISS et HAMANT. — Ulcères doubles du duodénum. Perforation. *Revue Méd. de l'Est*, 1920, p. 218.
- WHEELER. — Perforations itératives d'ulcère duodénal. *Brit. Med. Journ.*, oct. 1933, p. 646.
- WHITE et PATERSON. — Late results of simple suture in acute perforations of duodenal ulcer. *Ann. of Surgery*, août 1931, n° 2.
- WILMOTH. — Sur quarante-deux cas d'ulcères perforés. *Journ. de Chir.*, nov. 1930, p. 712.
- WOLFSON et GRAY. — *Annals of Surgery*, tome LXXXIX, n° 2.
-

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	9
-----------------	---

PREMIÈRE PARTIE

CLINIQUE ET STATISTIQUE

CHAPITRE PREMIER. — <i>Etiologie, remarques pathogéniques</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Anatomie pathologique</i>	31
CHAPITRE III. — <i>Diagnostic clinique</i>	39
CHAPITRE IV. — <i>Diagnostic différentiel, erreurs de diagnostic</i>	51

DEUXIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE PREMIER. — <i>Préparation du malade; anesthésie; voies d'abord; exploration viscérale</i>	63
CHAPITRE II. — <i>Procédés opératoires</i>	67
1° D'exception	67
2° Classiques	69
La suture simple	70
La suture avec gastro-entérostomie complémentaire	75
La gastro-polyrectomie	84

CHAPITRE III. — <i>Le drainage et la fermeture de la paroi</i>	91
--	----

TROISIÈME PARTIE

PRONOSTIC ET RÉSULTATS

CHAPITRE PREMIER. — <i>Pronostic général des perforations gastro-duodénales</i>	99
CHAPITRE II. — <i>Résultats opératoires immédiats, mortalité</i>	103
CHAPITRE III. — <i>Résultats éloignés</i>	123
Causes des échecs	130
Considérations radiologiques	135
OBSERVATIONS	141
CONCLUSIONS	199
BIBLIOGRAPHIE	203
